n xamen des initiatives communautaires et ou vernementales de lutte contre le mauvais tr tement des personnes âgées en Ontario

Ontario

Ministère des Affaires civiques

Office des personnes âgées

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières i
Remerciements iii
Résumé iv

1.0 Introduction 1
- 1.1 But 1
- 1.2 Antécédents 1
- 1.3 Objectifs 2
- 1.4 Méthodologie 2
- 1.5 Définitions du mauvais traitement des personnes âgées 4
  - 1.5.1 Facteurs de risque 4
- 1.6 Nature des mesures d'intervention 5
- 1.7 Organisation du rapport 8

2.0 Aperçu des initiatives provinciales 10
- 2.1 Résumé des résultats 10
- 2.2 Politiques et initiatives gouvernementales en Ontario 11
  - 2.2.1 Services assurés indirectement 12
- 2.3 Attitudes des milieux professionnels 15
- 2.4 Attitudes des consommateurs 16
  - 2.4.1 Obstacles pouvant nuire à l'obtention de services 17
  - 2.4.2 Les personnes soignantes 18

3.0 Visites sur les lieux 19
- 3.1 Résumé des conclusions des visites sur les lieux 19
- 3.2 Comités sur le mauvais traitement des personnes âgées 20
  - 3.2.1 Mise sur pied des comités 20
  - 3.2.2 Composition des comités 21
  - 3.2.3 Activités des comités 22
  - 3.2.4 Rôles futurs 23
- 3.3 Mesures d'intervention communautaires 23
  - 3.3.1 Nature des intervenants 24
  - 3.3.2 Dépistage 24
  - 3.3.3 Mesures d'intervention 25
  - 3.3.4 Facteurs limitant les interventions 29
  - 3.3.5 Interventions juridiques 32

4.0 Mesures d'intervention communautaires 34
- 4.1 Objectif du sondage 35
- 4.2 Orientation du questionnaire 35
- 4.3 Organisation du chapitre 37
- 4.4 Types d'organisme en contact avec des personnes âgées maltraitées 37
- 4.5 Plans d'interventions et services 39
  - 4.5.1 Plans d'intervention 39
  - 4.5.2 Services 41
- 4.6 Tendance des orientations 43
- 4.7 Sensibilisation de la population 45

92-03575/

4.8 Formation du personnel 45
4.9 Obstacles aux interventions 46

5.0 Initiatives des autres gouvernements 48
5.1 Résumé des conclusions 48
5.2 Les lois et l'obligation de dénoncer 49
5.3 Modèles de programmes et de services 52
5.3.1 Services de protection des adultes 52
5.3.1.1 Modèles canadiens 52
5.3.1.2 Modèles américains de protection des adultes 53
5.3.1.3 Évaluation des services de protection des adultes 56
5.3.2 Équipes interdisciplinaires 57
5.3.3 Approche écosystémique 58
5.4 Initiatives de sensibilisation et de prévention 60

Bibliographie 65

ANNEXES

A. Comité consultatif A-1
B. Experts-conseils B-1
C. Interlocuteurs des autres gouvernements C-1
D. Organismes ayant des plans d'intervention D-1
E. Exemples d'initiatives E-1
F. Organismes qui participent à un comité ou à un groupe de travail sur le mauvais traitement des personnes âgées F-1

REMERCIEMENTS

Les renseignements que l'on trouvera dans ce rapport sont le fruit de la coopération et des efforts d'un grand nombre de personnes et de groupes de l'Ontario, du Canada et des États-Unis.

Les experts-conseils A.R.A. Consulting Group désirent remercier plus particulièrement les nombreux dispensateurs de services ainsi que les personnes âgées en Ontario qui ont participé à cette étude en répondant à des questionnaires, en accordant des entrevues ou en participant à des groupes-discussions.

Nous tenons également à remercier les membre du comité consultatif (annexe A) et les experts-conseils (annexe B) pour leurs suggestions.

Cette publication a été préparée pour :

Office des personnes âgées de l'Ontario
Ministère des Affaires civiques
76, rue College, 6e étage
Queen's Park, Toronto
(Ontario) M7A 1N3

Veuillez communiquer avec l'Office des personnes âgées à cette adresse si vous désirez des exemplaires de cette publication ou des renseignements supplémentaires.

RÉSUMÉ

Au cours des dernières années, le phénomène du mauvais traitement des personnes âgées est apparu comme une question de politique sociale. La population découvre peu à peu que certaines personnes âgées vivent dans des situations de violence, qu'elles sont exploitées financièrement, menacées psychologiquement ou négligées. Une étude nationale réalisée par Podnieks *et al.* (1990) a conclu qu'environ 40 personnes sur 1000 de la population âgée en milieu naturel avaient été victimes de mauvais traitements.

En 1989, le gouvernement de l'Ontario a entrepris une étude afin de mieux comprendre comment les collectivités ontariennes répondaient aux besoins des personnes âgées maltraitées. Ce rapport présente les conclusions de cette recherche.

Les objectifs de cette étude étaient de constater :

- les rôles et responsabilités des ministères provinciaux à l'heure actuelle en matière de mauvais traitement des personnes âgées;
- les attitudes et les points de vue des intervenants et des consommateurs sur le mauvais traitement des personnes âgées;
- les programmes et les initiatives de lutte contre le mauvais traitement de personnes âgées en Ontario;
- les programmes et les projets innovateurs des autres gouvernements.

Plusieurs méthodes de recherche ont servi à recueillir des renseignements, dont des groupes-discussions, des entrevues avec des interlocuteurs ministériels, un sondage provincial des organismes qui ont tendance à dépister les cas de personnes âgées maltraitées et à intervenir, des visites de cinq collectivités ontariennes et un examen des méthodes d'intervention utilisées par d'autres gouvernements.

CONCLUSIONS

Politiques et initiatives du gouvernement ontarien

Cette étude a relevé plusieurs initiatives concrètes entreprises par le gouvernement de l'Ontario dont des études de politiques pour le ministère des Services sociaux et communautaires et l'Office des personnes âgées; l'élaboration de manuels d'enquête et de formation pour le ministère du Solliciteur général; la publication de documents de sensibilisation par l'Office des personnes âgées et le ministère du Solliciteur général; et enfin, l'inclusion du mauvais traitement des personnes âgées en tant que question faisant l'objet de mesures de sensibilisation de la population dans le cadre de la Loi de 1989 sur la protection et la promotion de la santé. Toutefois, aucun ministère la responsabilité de s'occuper de ce dossier.

Le gouvernement de l'Ontario finance également divers programmes communautaires qui peuvent venir en aide aux victimes âgées de mauvais traitements, dont des programmes de soutien à domicile aux personnes âgées frêles, des programmes de violence familiale et des services d'aide aux témoins-victimes. Bien que ces programmes puissent s'avérer utiles, ils ne sont pas conçus expressément pour lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées.

Attitudes des intervenants et des consommateurs

Cette étude a constaté que les intervenants et les consommateurs (personnes âgées et soignants) sondés partagent les mêmes attitudes et croyances envers le mauvais traitement des personnes âgées. Tant les intervenants que les consommateurs conviennent qu'il existe divers types de mauvais traitements et qu'il s'agit d'un phénomène invisible. Le peu d'empressement que l'on affiche à discuter de ce problème est perçu comme un obstacle important à la prestation de services aux victimes de mauvais traitement. D'autre part, les victimes ont tendance à nier l'existence de mauvais traitements. Les aînés éprouvent de la honte d'avoir à avouer qu'ils ont été maltraités, honte qui n'est qu'aggravée lorsque le maltraiteur est de leur famille. Ils craignent d'être laissés seuls et de perdre les soins que lui assuraient souvent le maltraiteur. Les intervenants croient fortement que la dénonciation obligatoire ne constitue pas une solution réelle à ce problème de dénégation. Ils prônent plutôt le renforcement des services et la sensibilisation de la population.

Les intervenants et les personnes âgées s'inquiétaient également de l'absence de services et d'endroits où les victimes peuvent obtenir de l'aide.

Mesures prises par les collectivités ontariennes pour lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées

Une des plus importantes conclusions de cette étude est que malgré l'absence de ressources réservées à cette fin, les collectivités ontariennes trouvent des façons de lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées. Ces interventions se font par l'entremise de comités sur le mauvais traitement des personnes âgées et d'organismes déjà en place.

L'étude a constaté que 20 collectivités ontariennes s'étaient dotés de comités actifs sur le mauvais traitement des personnes âgées. Composés d'intervenants et de consommateurs, ces comités participent à l'élaboration de plans de dépistage, d'évaluation et d'intervention en plus de faire de la sensibilisation de la population. Certains comités tentent d'assurer une coordination des interventions. Le manque de ressources humaines semble limiter la portée de beaucoup d'activités entreprises par ces comités.

La santé publique, les services de soins et de soutien à domicile, les médecins, la police, l'aide juridique, les procureurs de la Couronne et les cliniques psycho-gérontologiques sont les principaux intervenants dans les cas de personnes âgées maltraitées. La plupart d'entre eux n'ont pas de programmes conçus à cette fin, mais font plutôt appel à leurs ressources et services habituels pour intervenir.

Un sondage auprès de 678 organismes en Ontario a constaté que :

- Soixante-et-un pour cent d'entre eux avaient connaissance de cas connus ou suspects de personnes âgées maltraitées au cours des six mois précédents le sondage.
- Les organismes socio-sanitaires ont plus tendance à constater à des cas de personnes âgées maltraitées que les organismes juridiques.
- La plupart des organismes n'ont pas de plan d'intervention officiel pour ces cas.
- La tendance des orientations reflète le besoin d'une concertation interdisciplinaire.
- La plupart des organismes n'offrent aucune formation à leurs employés en matière de mauvais traitement des personnes âgées.

Les interlocuteurs communautaires affirment qu'il y a des lacunes au niveau de

la prestation de services dont un manque d'hébergement d'urgence et d'évaluations globales, l'incapacité d'intervenir jour et nuit et l'absence de services de gestion de cas. Les autres sources d'inquiétudes portent sur l'absence de plans détaillant les interventions possibles; le manque de documentation sur les cas suspects; l'absence de mandats précis et de ressources; la faible sensibilisation de la population à ce problème; et enfin, de fausses conceptions chez les dispensateurs de services quant aux lois gouvernant la confidentialité. On a souvent évoqué le besoin d'une coordination accrue des secteurs socio-sanitaires et juridiques. Des experts en droit ont mentionné le besoin de sensibiliser les intervenants et les consommateurs à l'utilisation des lois actuelles pour lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées.

Initiatives des autres gouvernements

Les méthodes utilisées par les différents gouvernements pour lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées varient énormément. Au Canada, on commence tout juste à s'intéresser à cette question. La plupart des gouvernements canadiens ont commencé à élaborer des documents de sensibilisation de la population, tandis que certains ont produit des rapports de recherche sur des stratégies d'intervention possibles. Les quatre provinces maritimes ont adopté des lois de protection des adultes qui peuvent servir dans des cas de personnes âgées maltraitées.

Aux États-Unis, le mauvais traitement des personnes âgées intéresse les gouvernements depuis 1975 au moins. La plupart des gouvernements américains ont adopté des lois et mis en place des services pour les victimes âgées. Trois modèles d'intervention ont été élaborés : les services de protection des adultes, les équipes interdisciplinaires et l'approche écosystémique.

En général, on utilise le système juridique de trois façons pour lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées. La première est d'utiliser les lois actuelles pour arrêter et punir les maltraiteurs. La deuxième est d'adopter des lois spéciales qui portent exclusivement sur le mauvais traitement des personnes âgées. Enfin, la troisième est d'adopter des lois de tutelle. Afin de permettre des interventions juridiques autres que celles prévues par les lois civiles et criminelles, la plupart des gouvernements aux États-Unis et quatre au Canada ont adopté des lois sur les services de protection qui accordent une vaste gamme de pouvoirs d'enquête et d'intervention aux autorités compétentes, comprenant parfois la dénonciation obligatoire.

Ce rapport contient plusieurs exemples de modèles d'interventions législatifs et sociaux élaborés par divers gouvernements et organismes communautaires.

1.0 INTRODUCTION

1.1 But

Cette étude recense les initiatives actuelles de lutte contre le mauvais traitement de personnes âgées en Ontario. Elle examine les mesures prises par le gouvernement provincial ainsi que par les organismes communautaires chargés de ce problème. De plus, elle traite des attitudes des milieux professionnels et de la population envers le mauvais traitement des personnes âgées ainsi que des approches adoptées par d'autres gouvernements.

1.2 Antécédents

La population de l'Ontario vieillit rapidement. Au cours des prochaines décennies, les personnes âgées constitueront un pourcentage important de la population globale de la province. On s'attend à ce que le vieillissement de la population pose de nombreux défis en matière de politique sociale. En règle générale, la plupart des personnes âgées ont des vies actives et saines au cours de leurs dernières années. Toutefois, on ressent de plus en plus le besoin de politiques et de programmes sociaux adaptés aux besoins des personnes âgées qui éprouvent des problèmes d'ordre médical ou social.

Au cours des dernières années, le phénomène du mauvais traitement des personnes âgées est apparu comme une question de politique sociale. La population découvre peu à peu que certaines personnes âgées vivent dans des situations de violence, qu'elles sont exploitées financièrement, menacées psychologiquement et négligées. Les études canadiennes traitant de cette question ont surtout examiné jusqu'à présent la nature et l'ampleur de ce phénomène. Des recherches ont été effectuées sur la fréquence du mauvais traitement de personnes âgées afin de déterminer si l'on se retrouvait devant un problème important. Les premières études (Bélanger, 1981; Shell, 1982; Stevenson, 1985; Comité permanent sur le dévelopment social, 1985) se sont fondées sur des sondages auprès des dispensateurs de services afin d'évaluer la fréquence des mauvais traitements. Une étude nationale récente réalisée par Podnieks *et al.* (1990) a utilisé un sondage téléphonique à échantillonnage aléatoire pour évaluer la fréquence de mauvais traitement auprès de personnes âgées en milieu naturel. Cette étude a conclu qu'environ 40 personnes sur 1000 de la population âgée avaient été victimes de mauvais traitements.

D'autre part, il fallait comprendre comment les collectivités peuvent répondre efficacement aux besoins des victimes de ces mauvais traitements. En 1988, le ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario (MSSC) publiait un rapport, *A Review of the Legal and Social Issues Concerning Elder Abuse*, préparé par

la Canadian Research Institute for Law and the Family. Il s'agissait d'un excellent aperçu des mesures juridiques et sociales officielles au Canada et aux États-Unis pour lutter contre ce phénomène.

En 1989, l'Office des personnes âgées de l'Ontario a éprouvé le besoin de mieux comprendre comment les collectivités ontariennes répondaient à l'heure actuelle aux besoins de leurs aînés victimes de mauvais traitement. En se fondant sur les recherches faites pour le MSSC, une étude fut entreprise auprès des collectivités des diverses régions de la province. Ce rapport présente les conclusions de cette recherche.

1.3 Objectifs

Cette étude sur les initiatives communautaires de lutte contre le mauvais traitement des personnes âgées a été réalisée pour l'Office des personnes âgées de l'Ontario afin d'aider le gouvernement provincial à constater :

- les rôles et responsabilités des ministères provinciaux en matière de mauvais traitement des personnes âgées;
- les programmes et les initiatives de lutte contre les mauvais traitements de personnes âgées en Ontario;
- les programmes et les projets innovateurs des autres gouvernements; et
- les attitudes et les points de vue des intervenants et de la population à ce sujet.

Cette étude s'est surtout intéressée aux initiatives contre le mauvais traitement des personnes âgées en milieu naturel. Les mauvais traitements en milieu institutionnel débordaient largement le mandat de cette étude, tout comme les initiatives au sein de communautés ethno-culturelles précises. Il s'agit là de deux domaines qui doivent être étudiés afin que l'on puisse mieux comprendre les initiatives contre le mauvais traitement des personnes âgées.

1.4 Méthodologie

La méthodologie retenue pour cette étude assure un examen approfondi des diverses approches utilisées en Ontario pour lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées. On a employé cinq méthodes de recherche :

- **groupes-discussions avec des associations provinciales de dispensateurs de services et des personnes âgées.** Ces groupes-discussions ont permis de mettre à jour certaines des principales questions se rapportant au mauvais traitement des personnes âgées, de critiquer la version provisoire du questionnaire et d'établir la liste des organismes qui devraient recevoir le questionnaire;
- **entrevues avec des représentants de divers ministères ontariens** afin de recueillir des renseignements sur les initiatives actuelles sur les mauvais traitements. La liste des ministères contactés figure à l'annexe A;
- **enquête provinciale auprès des organismes qui auraient vraisemblablement connaissance de cas de mauvais traitement de personnes âgées.** L'enquête devait déterminer les méthodes d'intervention actuelles. Des questionnaires ont été envoyés à 871 organismes partout en Ontario. L'intérêt prononcé pour cette question se manifeste dans le taux de réponse de 78 % (678 questionnaires retournés);
- **examen des autres gouvernements** afin de dépister les méthodes innovatrices mises au point pour répondre aux cas de mauvais traitement des personnes âgées. D'autres provinces canadiennes ont été contactées ainsi que plusieurs états américains. On trouvera la liste des principaux interlocuteurs des autres gouvernements à l'annexe B;
- **visites de cinq collectivités ontariennes** afin de découvrir les initiatives locales sur le mauvais traitement des personnes âgées. Il s'agit de Sudbury, Sarnia, Cornwall, Toronto et Owen Sound. Dans chaque cas, les chercheurs ont rencontré un comité sur le mauvais traitement des personnes âgées, les organismes dispensateurs de services appropriés et un groupe de personnes âgées.

1.5 Définitions du mauvais traitement des personnes âgées

L'absence de définitions précises a nui à l'étude de ce phénomène. Certaines définitions qui ont servi à des études antérieures étaient très vastes, englobant une foule de problèmes dont l'absence de services socio-sanitaires complets. Les études antérieures ont défini de trois (Finkelhor et Pillemer, 1988) à dix (Phillips, 1983) types de mauvais traitements. Le manque d'uniformité des définitions utilisées dans les recherches antérieures a compliqué le choix de définitions pour cette étude. Par conséquent, deux approches ont été retenues pour élaborer des définitions opérationnelles. D'abord, les éléments qui figuraient dans la plupart des définitions ont été relevés. Il s'agissait de la violence physique, des menaces psychologiques, de l'exploitation financière et de la négligence. Ces notions ont été présentées aux groupes-discussions de personnes âgées et d'intervenants, qui ont confirmé qu'elles étaient conformes à celles utilisées dans les collectivités ontariennes. Par conséquent, les définitions suivantes ont servi dans le cadre de cette étude :

- mauvais traitement physique - toute violence physique;
- mauvais traitement psychologique - tout harcèlement ou toute violence verbale qui cherche à diminuer ou intimider une personne âgée;
- exploitation financière - toute mauvaise utilisation ou tout vol de ressources financières, y compris l'escroquerie; et
- négligence - le refus intentionnel des nécessités de la vie.

Cette étude a examiné tous ces types de mauvais traitement en milieu naturel.

1.5.1 Facteurs de risque

Les études précédentes indiquent que les caractéristiques des victimes de mauvais traitement peuvent varier selon la nature des mauvais traitements. Selon Podnieks *et al.*,

> *«Les facteurs de risque varient considérablement chez les victimes des quatre types de mauvais traitement. Les victimes d'exploitation financière et de négligence ont tendance à avoir certaines caractéristiques fondamentales : elles sont surtout des personnes veuves habitant seules, qui*

affirment n'avoir personne à qui elles peuvent demander de l'aide en cas de maladie ou d'incapacité. Par contre, les victimes de violence verbale ou d'agression physique ont tendance à être mariées et à vivre avec la personne qui les maltraite. Les résultats indiquent également que la violence verbale peut être un indicateur d'autres mauvais traitements de nature plus inquiétante.» (1990)

Dans leur examen des recherches sur les facteurs de risque, Hornick *et al.* (1988) ont constaté que la victime typique était une femme âgée de 75 ans ou plus qui était très dépendante de la personne soignante. Des profils démographiques indiquent que les victimes sont comparables aux personnes de leur groupe d'âge qui ne subissent pas de mauvais traitement.

Les personnes maltraitantes ont tendance à être les fils et filles qui habitent avec la victime pour des raisons financières ou d'hébergement. Les soignants maltraiteurs souffrent souvent de maladie mentale ou d'alcoolisme (Hornick *et al.*, 1988). La violence physique par un conjoint peut refléter un comportement qui s'est manifesté tout au long de la vie du couple.

Il existe de nombreux facteurs qui peuvent mener au mauvais traitement. Les facteurs que l'on trouve le plus souvent dans les études antérieures sont :

- des réactions attribuables au stress causé par la responsabilité d'avoir à soigner d'une personne âgée ou par des crises personnelles;
- le dysfonctionnement de la famille;
- des phénomènes de violence au sein de la famille;
- des relations de dépendance; et
- des traits de personnalité de la personne maltraitante.

Comme le font remarquer Hornick *et al.*, (1988), une grande partie des *«travaux théoriques sur le mauvais traitement des personnes âgées provient surtout des théories et des propositions élaborées pour d'autres types de violence intrafamiliale, comme le mauvais traitement des enfants et la violence conjugale»*.

1.6 Nature des mesures d'intervention

Notre société réagit au mauvais traitement des personnes âgées en percevant ce phénomène comme un problème social et juridique. L'approche sociale, qui est axée

sur la victime, comprend diverses mesures de soutien pour l'aider à mettre fin à la situation abusive. On peut également percevoir le maltraiteur comme ayant besoin d'aide. L'approche juridique offre de l'aide et du soutien aux victimes, mais cherche davantage à lutter contre le maltraiteur. Ces deux approches sont le plus souvent concertées.

Les mesures sociales et juridiques pour lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées comprennent les trois éléments suivants :

- le dépistage;
- une enquête; et
- une intervention.

Ces trois éléments forment un ensemble pour comprendre les divers modèles sur les mauvais traitements. L'organisme intervenant doit d'abord s'assurer qu'il y a bel et bien un problème, ce qui peut se faire par l'entremise de politiques de signalement, de renvois, de contacts permanents avec les clients ou par l'emploi de plans d'intervention interdisciplinaires.

Un fois un cas dépisté, il faut enquêter pour s'assurer qu'il y a eu mauvais traitement et pour comprendre la nature de la situation. L'enquête peut comprendre une évaluation sociale par un travailleur social ou une enquête criminelle par un policier. Des intervenants d'autres disciplines peuvent également être appelés à jouer un rôle.

L'élaboration et l'exécution d'une intervention constituent la dernière étape. Celle-ci peut comporter un mélange de solutions sociales et judiciaires, comme par exemple, assurer des services de soutien à la victime tout en retirant la personne maltraitante du domicile. (La section 3.3.3 décrit divers types d'interventions.)

À l'heure actuelle, l'Ontario n'a pas mis en place des services sociaux ou des lois expressément pour lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées. Les mesures de dépistage, d'enquête et d'intervention se déroulent dans le cadre des lois ainsi que des services socio-sanitaires existants.

Les chapitres 3 et 4 de ce rapport donnent une description approfondie des services socio-sanitaires offerts aux personnes âgées maltraitées. On trouvera ci-dessous une courte description des lois qui peuvent servir à lutter contre ce problème en Ontario. Le chapitre 5 comprend un examen des lois de protection des adultes qui ont été adoptées par d'autres gouvernements. Enfin, le lecteur désireux d'examiner en profondeur le mérite des diverses approches juridiques aura intérêt à consulter Hornick *et al.* (1988).

Les quatre types de mauvais traitement de personnes âgées dont il question dans ce rapport, soit ceux d'ordre physique et psychologique, l'exploitation financière

et la négligence, sont gouvernés par plusieurs lois fédérales et provinciales, dont :

- le Code criminel du Canada (1970);
- la Loi sur le droit de la famille de l'Ontario (1986);
- la Loi sur les procurations de l'Ontario (1980);
- la Charte des droits et libertés (1982);
- la *common law*;
- la Loi sur l'incapacité mentale; et
- la Loi sur la santé mentale.

Toutes ces lois prévoient une certaine protection pour les victimes des quatre types de mauvais traitements. Hornick *et al.* (1988) donnent un bon résumé des mesures de protection contenues dans ces lois ainsi que de leurs limites en ce qui a trait aux cas de personnes âgées maltraitées :

> *«On peut invoquer diverses dispositions du Code criminel pour assurer une certaine protection aux adultes exposées aux mauvais traitements physiques et affectifs. On peut, par exemple, porter des accusations contre des agresseurs ou des personnes qui profèrent des menaces. Toutefois, on croit généralement que le droit criminel est inefficace devant des situations de mauvais traitements familiaux, y compris celui des personnes âgées. Cette supposition repose sur les constations suivantes : 1) les victimes de mauvais traitement sont souvent incapables de se plaindre à la police ou ne désirent pas le faire; 2) beaucoup d'incidents sont difficiles à démontrer hors de tout doute raisonnable; et 3) les victimes qui se plaignent peuvent faire l'objet de représailles.*
>
> *«Tant le Code criminel que les lois provinciales de tutelle accordent aux personnes âgées une certaine protection contre la négligence en obligeant les personnes responsables d'assurer les nécessités de la vie aux personnes âgées qui sont incapables de se suffire. Toutefois, ces lois ne sont pas bien adaptées aux situations où le mauvais traitement des personnes âgées exige une intervention urgente.*
>
> *«En résumé, il est évident que les lois actuelles sont d'une utilité limitée pour répondre au phénomène du mauvais traitement physique et de la négligence des*

personnes âgées. Gordon et al. (1986) a fait remarquer que bien qu'elles soient utiles, ces lois sont inadéquates pour protéger les personnes âgées de la négligence et des mauvais traitements, puisqu'elles ne sont pas en mesure de favoriser et d'appuyer les initiatives de prévention et de protection.

«En plus des sanctions du Code criminel pour le vol et la fraude, les lois de common law assurent une certaine protection aux personnes âgées contre la contrainte et l'abus d'influence dans la prise de décisions financières. Toutefois, ces lois interviennent généralement a posteriori et visent d'abord à châtier le malfaiteur. Certains problèmes possibles pourraient être évités si l'on accordait une procuration avant que la personne âgée ne soit exposée à ces pressions. D'autre part, une procuration sans limite pourrait facilement être exploitée. De nombreuses garanties ont été mises au point par divers gouvernements pour éviter un mauvais usage des procurations. Toutefois, ces garanties sont souvent en conflit avec la notion fondamentale d'offrir aux particuliers un moyen simple de gérer leurs affaires financières s'ils deviennent incompétents.»

Hornick (1988) conclut qu'en dépit de certaines limitations, les lois actuelles sont en mesure de lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées. Il vaudrait plutôt mieux appliquer les lois actuelles que d'en adopter de nouvelles.

1.7 Organisation du rapport

Les chapitres de ce rapport reflètent les diverses sources de données qui ont servi à cette étude. Chaque chapitre commence par un résumé décrivant la méthodologie utilisée pour recueillir les données puis donner un aperçu des résultats.

Le chapitre 2 examine les politiques et les programmes des divers ministères provinciaux qui ont trait au mauvais traitement des personnes âgées. Il comprend également un relevé des attitudes des intervenants et de la population générale envers le mauvais traitement.

Le chapitre 3 passe en revue les mesures actuelles prises au niveau communautaire, telles qu'elles ont pu être constatées lors des visites sur les lieux. Il examine les rôles des comités sur le mauvais traitement des personnes âgées et de divers organismes communautaires.

Le chapitre 4 présente les résultats de l'enquête provinciale. Il passe en revue

les résultats globaux de l'enquête afin de donner un aperçu général des initiatives sur le mauvais traitement des personnes âgées en Ontario.

Le chapitre 5 examine les mesures prises par les autres gouvernements. Enfin, il décrit divers modèles sociaux et juridiques qui pourraient inspirer de nouveaux modèles d'intervention en Ontario.

2.0 APERÇU DES INITIATIVES PROVINCIALES

Ce chapitre passe en revue les conclusions des entrevues approfondies avec les représentants des ministères, divisions et bureaux pertinents du gouvernement de l'Ontario, ainsi que les résultats des groupes-discussions avec les intervenants et les groupes de consommateurs. Ces sessions ont eu lieu au début de l'étude afin de brosser un tableau de l'état actuel de la question en ce qui a trait aux mécanismes d'intervention et aux initiatives, aux attitudes envers ce phénomène, et enfin, aux obstacles que l'on perçoit à la mise en place de mesures d'intervention efficaces. Les chapitres 3 et 4 comprennent une description de la prestation locale de services.

2.1 Résumé des résultats

Ce chapitre examine les résultats suivants :

- **Les ministères ontariens** ont relativement peu de politiques et de programmes qui ont été conçus pour intervenir expressément dans les cas de mauvais traitement de personnes âgées.
- **Les associations professionnelles** rapportent que leurs membres interviennent actuellement dans des cas de mauvais traitement de personnes âgées en dépit d'obstacles importants dont l'absence de coordination entre les dispensateurs de services, l'ambiguïté des mandats, l'absence de plans d'intervention, l'insuffisance de la formation professionnelle et communautaire et le manque de services de rechange.
- **Les associations de personnes âgées** sont au courant de cas de mauvais traitement mais affirment que leur capacité de venir en aide ou d'intervenir dans ces cas est parfois limitée parce que les personnes âgées refusent souvent de se voir comme des victimes et parce qu'il y a un manque de services et d'endroits où les obtenir.
- **Les intervenants et les aînés consultés** estiment que le meilleur rôle que pourrait jouer le gouvernement provincial serait de favoriser des mesures d'intervention communautaires.

2.2 Politiques et initiatives gouvernementales en Ontario

Dans le but de déterminer le rôle du gouvernement ontarien face au phénomène du mauvais traitement des personnes âgées, des entrevues ont eu lieu avec des représentants des ministères suivants :

- ministère du Procureur général
- ministère du Logement
- ministère de la Santé
- ministère du Solliciteur général
- ministère des Affaires civiques
- ministère des Services sociaux et communautaires
- ministère de la Consommation et du Commerce
- Office des personnes âgées

Le but de ces entrevues était de découvrir les initiatives et politiques actuelles ou prévues se rapportant au mauvais traitement des personnes âgées. De fait, il y avait relativement peu d'initiatives dans tous ces ministères.

Peu importe le ministère, le mauvais traitement des personnes âgées n'est pas un dossier prioritaire. Aucun ministère n'a mis en place des politiques ou des programmes se rapportant à ce phénomène. Seuls les ministères des Services sociaux et communautaires et du Solliciteur général ainsi que l'Office des personnes âgées ont entrepris des initiatives à ce sujet :

- Le ministère des Services sociaux et communautaires a subventionné la préparation de *A review of the Social and Legal Issues Concerning Elder Abuse* (Hornick, 1988) par la Canadian Research Institute for Law and the Family.
- La prévention du mauvais traitement des personnes âgées par l'entremise de la sensibilisation communautaire relève des conseils régionaux de santé, qui relèvent du ministère de la Santé.
- Le Solliciteur général prépare actuellement un manuel d'enquête à l'intention des forces policières qui font face au mauvais traitement de personnes âgées dans des établissements de soins prolongés. Il a également subventionné un manuel de formation à l'intention des agents de police qui avait été préparé par le Advocacy Centre for the Elderly et le

Collège de police de l'Ontario. Le Solliciteur général organise également des rencontres communautaires sur la violence familiale, y compris le mauvais traitement des personnes âgées.

- L'Office des personnes âgées de l'Ontario a fait préparer ce ce rapport. Il a également subventionné un dépliant et un livret sur le mauvais traitement de personnes âgées.[1]

Les interlocuteurs de la plupart des ministères, et surtout ceux des échelons élevés, ont manifesté une faible sensibilisation générale au mauvais traitement des personnes âgées. Jusqu'à dernièrement (Podnieks, 1990), l'absence de données sur la fréquence de ce phénomène a compliqué la tâche des élaborateurs de politiques qui cherchaient à mesurer son ampleur et à déterminer le rôle que doit jouer le gouvernement. Les inquiétudes soulevées par les dispensateurs de services sur place ne se sont pas rendues jusqu'aux décisionnaires. Quelques défenseurs de ce dossier au sein des ministères ont exprimé leur frustration devant leur incapacité de faire ajouter cette question au programme politique. L'absence de définitions précises, de rétroaction de la communauté et d'évaluation de l'ampleur du problème ont nui à l'élaboration de mécanismes d'intervention provinciaux.

Pour compliquer les choses, il s'agit d'un problème qui ne peut être réglé que par une concertation interdisciplinaire. À l'heure actuelle, aucun ministère n'a le mandat précis de s'occuper de ce dossier. L'absence d'un ministère responsable a été perçue comme un obstacle à l'élaboration de politiques aux échelons supérieurs du gouvernement.

2.2.1 Services assurés indirectement

Cette étude a découvert peu d'initiatives du gouvernement ontarien se rapportant directement au mauvais traitement des personnes âgées. Bien que divers ministères parrainent des programmes qui traitent indirectement de ce phénomène, aucun de ces programmes n'a le mandat précis de s'occuper du mauvais traitement des personnes âgées.

Le ministère de la Santé, par l'entremise de sa Direction des services communautaires de santé mentale (DSCSM), subventionne des programmes d'évaluation psycho-gérontologique dans de nombreuses collectivités. Les visites sur

---

[1] Dépliant : *Chez soi, source de souffrances*, Comité du Maire de Toronto sur le vieillissement. Livret en préparation par le Advocacy Centre for the Elderly.

les lieux dont il sera question ultérieurement dans ce rapport ont constaté que ces programmes jouaient souvent un rôle de coordination des solutions communautaires au mauvais traitement. La DSCSM subventionne également des programmes de soutien à l'intention de personnes souffrant de problèmes de santé mentale habitant des maisons de repos. En introduisant des intervenants dans ces milieux, ces programmes peuvent diminuer la fréquence des mauvais traitements des personnes âgées. Enfin, le ministère de la Santé subventionne également le Programme de soins à domicile qui assure des services de soutien aux aînés frêles et vulnérables.

Le ministère des Services sociaux et communautaire (MSSC) subventionne plusieurs programmes qui peuvent offrir un soutien préventif aux familles qui prennent soin de personnes âgées. Il s'agit de services de soutien à domicile ainsi que des programmes de congés et de groupes de soutien pour les soignants. Ce ministère subventionne également des foyers d'accueil pour les femmes maltraitées par leur conjoint. Ces maisons accueillent parfois des femmes âgées qui ont été maltraitées. On trouvera une explication des limites actuelles des foyers d'accueil en tant que refuges pour les femmes âgées au cours du prochain chapitre.

Le ministère de la Consommation et du Commerce produit de la documentation pour renseigner les personnes âgées sur les moyens de se protéger contre la fraude par des étrangers qui, par exemple, veulent leur vendre un nouveau toit, du revêtement pour leur maison, etc. (Le mauvais traitement par des étrangers n'était pas compris dans le champ d'enquête de cette étude.)

Les ministères du Procureur général et du Solliciteur général parrainent tous deux des programmes de secours aux victimes d'actes criminels. Le ministère du Procureur général a un programme de services aux témoins-victimes administré par les tribunaux qui assure un soutien aux victimes qui doivent témoigner dans un procès. La question du mauvais traitement des personnes âgées fait partie de la formation que reçoivent les coordonnateurs des témoins-victimes. De plus, le Régime d'aide juridique de l'Ontario subventionne le Advocacy Centre for the Elderly (ACE) à Toronto qui offre aux personnes âgées des services juridiques sur diverses questions, dont notamment le mauvais traitement. Le ministère du Solliciteur général offre des services d'orientation et d'aide urgente où des bénévoles interviennent immédiatement auprès des victimes d'actes criminels à la suite d'une infraction. Ces programmes peuvent répondre aux besoins des personnes âgées, mais ils ne sont pas limités aux victimes âgées.

Le ministère des Affaires civiques a des programmes sur la violence familiale chez les nouveaux immigrants. Le ministère du Logement subventionne des services sur la violence familiale qui se produit dans les immeubles qu'il subventionne. Ces programmes voient parfois des cas de femmes âgées maltraitées. On utilise les mêmes plans d'intervention pour les jeunes femmes et celles âgées.

Il y a actuellement un effort interministériel pour consolider les lois de tutelle dans le but de mettre au point de nouvelles façons de protéger les personnes âgées souffrant d'handicaps intellectuels qui sont dans des situations abusives. La province a commandé des études pour passer en revue :

- la tutelle et la prise de décision par un substitut (Fram, 1987);
- la défense des adultes vulnérables (O'Sullivan, 1987);
- le programme de défense des droits psychiatriques (Manson, 1987); et
- des évaluations standardisées pour établir l'incompétence mentale (Weisstrub, 1980).

Ces quatre initiatives ont la possibilité d'avoir les effets suivants sur le mauvais traitement des personnes âgées :

- la clarification du rôle des fondés de pouvoir;
- la formulation de garanties pour les personnes qui deviennent incompétentes;
- la mise au point d'un programme de tutelle qui :
  - comprend la prévision d'une procuration;
  - empêche la prise de décision par un substitut avant que la personne devienne incompétente;
  - clarifie le rôle du tuteur; et
  - crée un bureau de tuteur et de curateur public;
- des défenseurs pour aider des particuliers à profiter au maximum de leurs capacités; et
- l'idenfication d'outils communs pour déterminer la compétence.

Le ministère des Affaires civiques a annoncé dernièrement (décembre 1990) que trois nouveaux projets de loi allaient être déposés au printemps 1991 pour s'occuper des problèmes. Il s'agit de :

- la Loi sur les défenseurs;
- la Loi sur les décisions des fondés de pouvoir; et
- la Loi sur le consentement pour les services médicaux.

La prochaine section de ce chapitre décrit les attitudes des intervenants envers le mauvais traitement de personnes âgées telles qu'elles ont été exprimées par les

représentants des associations professionnelles et par les dispensateurs de services.

2.3 Attitudes des milieux professionnels

Les attitudes des dispensateurs de services sont un facteur important pour comprendre les mesures prises pour lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées en Ontario. Afin de prendre connaissance de ces attitudes, des groupes-discussions ont eu lieu avec des représentants d'associations professionnelles ainsi que des dispensateurs de soins à Sudbury, Toronto, Owen Sound, Cornwall et Sarnia. Ces groupes comprenaient des infirmières, des médecins, des travailleurs sociaux, des avocats, des agents de police, des auxiliaires de soutien à domicile, des ergothérapeutes et divers administrateurs. Voici les attitudes et les perceptions les plus courantes qui ont été décelées chez les intervenants :

- Il y a différents types de mauvais traitement des personnes âgées.
- Il faut faire appel à une approche interdisciplinaire pour répondre efficacement à ce problème.
- Tous les intervenants qui travaillent avec des personnes âgées ont eu connaissance de cas de mauvais traitement de personnes âgées.
- En Ontario à l'heure actuelle, les intervenants apportent des réponses aux cas de mauvais traitement de personnes âgées, en dépit de nombreux obstacles.

Les dispensateurs de services ont avoué leurs frustrations devant ce phénomène. Il existe plusieurs obstacles qui les empêchent de répondre adéquatement aux besoins des victimes, dont notamment :

- l'absence de coordination entre les organismes de santé, de services sociaux et d'application des lois;
- l'ambiguïté des mandats;
- le besoin de plans d'intervention communs;
- le besoin de sensibilisation professionnelle et communautaire; et
- l'absence de services à domicile et d'endroits où une victime peut se réfugier.

Les dispensateurs de services estiment que l'élimination de ces obstacles favorisera les mesures prises en Ontario pour lutter contre ces mauvais traitements.

La majorité des intervenants des milieux sociaux, juridiques et policiers sont d'avis qu'il faut continuer à mettre l'accent sur les services sociaux comme moyen de lutter contre ce phénomène. On s'inquiète au sujet des lois de tutelle qui peuvent s'avérer trop usurpatrices et enfreindre le droit à la vie privée d'une personne. Les intervenants déclarent que toute initiative pour rendre obligatoire des services dans des cas de personnes âgées maltraitées ne doit pas accorder aux responsables de vastes pouvoirs d'intervention lorsque la personne maltraitée est en mesure de prendre des décisions.

Les intervenants s'inquiètent également d'éventuelles lois mandataires rendant obligatoires la dénonciation de cas aux autorités compétentes. Les intervenants n'y voient pas l'intérêt, surtout s'il n'y aucun mécanisme d'intervention adéquat. De nombreux gouvernements américains qui ont imposé cette obligation n'offrent pas des services adéquats pour répondre aux besoins des cas ainsi signalés.

Les attitudes des consommateurs (personnes âgées et soignants) sont comparables à celles des intervenants. Ces attitudes sont décrites dans la prochaine section. On trouvera au chapitre 3 d'autres explications sur les mesures prises par les intervenants pour lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées.

2.4 Attitudes des consommateurs

Des groupes-discussions ont eu lieu avec des représentants d'associations de consommateurs ainsi qu'avec des personnes âgées et des personnes administrant des soins dans les cinq collectivités qui ont fait l'objet de l'étude. Les participants étaient des personnes actives dans de nombreuses organisations et associations communautaires. Aucun d'entre eux n'avait été victime de mauvais traitement.

La plupart des consommateurs dans les cinq collectivités étudiées avaient eu connaissance de cas de mauvais traitement, soit au cours de leur travail bénévole ou par l'entremise de leurs participation dans des clubs d'âge d'or. Ils avaient également des amis qui avaient été victimes de mauvais traitement. Les représentants des associations de consommateurs ont aussi reconnus que le phénomène du mauvais traitement des personnes âgées était bel et bien un problème. Plusieurs associations affirment avoir reçu des lettres de leurs membres leur demandant des conseils sur les façons de résoudre des situations abusives.

En général, les consommateurs définissent le mauvais traitement des personnes âgées de la même façon que les intervenants. Ces définitions figurent à la section 1.5. Leur perception du mauvais traitement déborde la famille et les soignants pour inclure les vendeurs et les autres personnes qui peuvent chercher à exploiter

financièrement ou physiquement des personnes âgées. Les représentants des groupes de consommateurs considèrent également l'absence de financement des services communautaires comme un type de mauvais traitement. Bien que ni l'un ni l'autre de ces types de mauvais traitement soient reflétés dans les définitions utilisées dans ce rapport, il est important de reconnaître les inquiétudes des personnes âgées qui ont participé à l'étude.

2.4.1 Obstacles pouvant nuire à l'obtention de services

Selon les consommateurs, trois principaux obstacles empêchent les victimes de mauvais traitement de recevoir de l'aide :

- la négation des mauvais traitement;
- l'absence de services; et
- l'absence d'endroits où l'on peut avoir accès aux services.

La majorité des personnes âgées ne désirent pas parler du phénomène des mauvais traitements. Des représentants de clubs et d'associations affirment qu'un très petit nombre de personnes âgées assistent aux ateliers qu'ils organisent sur cette question. Il semblerait que la plupart des personnes âgées ne se voient pas comme vulnérables et préfèrent donc éviter un sujet désagréable.

Lorsqu'une personne âgée est victime de mauvais traitement, elle a **tendance à le nier** et à ne demander aucune aide. Les personnes âgées ont honte d'admettre qu'elles ont été maltraitées, et leur honte n'est qu'aggravée lorsque la personne maltraitante fait partie de leur famille. Souvent, la victime préfère demeurer dans la situation abusive plutôt que de risquer de perdre le contact avec un membre de la famille avec lequel elle se sent proche. Une dépendance sur la personne maltraitante décourage également la victime de rechercher de l'aide.

Un autre obstacle que l'on perçoit est l'**absence de services** communautaires. Les participants dans tous les groupes-discussions étaient d'avis que la plupart des personnes âgées ne sont pas au courant de l'existence de services communautaires qu'elles pourraient utiliser si elles sont maltraitées. On craint davantage une intervention possible qui pourrait mettre fin à son autonomie que le mauvais traitement. Les personnes âgées affirment qu'elles préfèreraient demeurer dans certaines situations abusives plutôt que de risquer de se retrouver dans un établissement. Elles expriment également des réticences à faire appel à la police ou aux tribunaux parce qu'elles craignent que le processus juridique sera long ou compliqué.

Les victimes qui sont incapables de communiquer en anglais ou qui n'ont pas accès à des services dans leur langue maternelle sont incapables de se prévaloir de ces services. Il est possible qu'elles ne soient pas au courant de l'existence de services.

Le troisième obstacle est l'**absence d'endroits où l'on a accès aux services.** Ce fait est relié à la perception qu'il y a une méconnaissance générale des services disponibles. Les consommateurs affirment qu'ils ne savent pas vers qui se tourner lorsqu'ils sont maltraités. Comme le mauvais traitement est généralement perçu comme un problème familial, la plupart des consommateurs préféreraient ne pas faire appel à la police. Les services de police ne se sont pas présentés comme des solutions pratiques à ces problèmes. Les consommateurs préféreraient qu'un organisme soit désigné comme l'endroit où s'adresser si l'on désire de l'aide.

2.4.2 Les personnes soignantes

Les personnes soignantes qui ont participé aux groupes-discussions n'étaient pas présentées commes des maltraiteurs. Il s'agissait pour la plupart de personnes âgées qui prenaient soin de leur conjoint ou d'un parent âgé. Comme ce fut le cas des personnes âgées, les soignants ont également des problèmes de négation, de manque de services et d'absence d'endroits où ils peuvent avoir accès aux services existants.

Les soignants perçoivent le mauvais traitement des personnes âgées comme un problème. Leurs définitions des mauvais traitements sont conformes à celles qui figurent à la section 1.5. Ils s'inquiètent également des mauvais traitements qu'ils subissent aux mains des personnes à qui ils administrent des soins.

Ces personnes expriment le besoin de services de soutien pour surmonter le stress causé par leurs tâches. Elles font état des frustrations de vivre avec une personne et de s'en occuper 24 heures par jour sans le moindre répit. La plupart d'entre elles estiment que le stress dont elles sont victimes a des effets sur la qualité des soins qu'elles prodiguent. Elles perçoivent le besoin de congés supplémentaires ainsi que des groupes de soutien où elles pourraient s'exprimer et recevoir de l'appui et des conseils. Elles ont également besoin d'aide pour avoir accès aux services communautaires dont elles pourraient profiter, comme les aides familiales. De tels services de soutien peuvent aider à prévenir les mauvais traitements.

3.0 VISITES SUR LES LIEUX

Cette section présente les résultats des cinq visites dans les collectivités de Sarnia, Sudbury, Cornwall, Toronto et Owen Sound, où des rencontres ont eu lieu avec des comités sur le mauvais traitement des personnes âgées, des intervenants et des consommateurs. Ces collectivités ont été choisies parce qu'elles reflètent les milieux ruraux et urbains, industriels et non-industriels du nord et du sud de la province ainsi que de grandes et petites agglomérations. L'objectif des visites était de comprendre comment certaines collectivités réagissent au problème du mauvais traitement des personnes âgées. Les personnes qui ont participé aux groupes-discussions et aux entrevues étaient toutes préoccupées par ce phénomène dans leur communauté. Bon nombre des intervenants étaient membres d'un comité local sur le mauvais traitement des personnes âgées.

3.1 Résumé des conclusions des visites sur les lieux

Ces cinq collectivités ont élaboré des mesures d'intervention semblables pour lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées. Par conséquent, les données sur ces visites seront regroupées, à l'exception des cas où il existe des différences notables. Des exemples précis seront donnés pour illustrer les éléments les plus importants des mesures d'intervention. Les principales conclusions présentées dans cette section sont :

- Les comités sur le mauvais traitement des personnes âgées peuvent servir de mécanisme pour concentrer l'attention d'une collectivité sur ce phénomène.
- Ces comités ne sont pas tous rendus au même niveau de développement.
- Il semblerait que leur activité la plus réussie soit l'élaboration de plans d'intervention et de documents de sensibilisation.
- Ces comités permettent aux divers intervenants de se rencontrer afin de discuter du mauvais traitement des personnes âgées et des mesures à prendre pour lutter contre ce fléau.
- Le manque de ressources humaines nuit aux efforts de coordination des mesures d'intervention par ces comités.
- Les mesures d'intervention communautaires font le

plus souvent appel à plusieurs intervenants.

- Les problèmes les plus souvent cités sont le manque d'hébergement d'urgence, l'incapacité d'intervenir jour et nuit et l'absence de services de gestion de cas.
- Enfin, on estime que les améliorations aux services socio-sanitaires doivent avoir la priorité sur les initiatives législatives.

3.2 Comités sur le mauvais traitement des personnes âgées

Les sections suivantes décrivent la mise sur pied, la gestion, les activités et les rôles éventuels des comités sur le mauvais traitement des personnes âgées.

3.2.1 Mise sur pied des comités

Chacune des cinq collectivités visitées avaient mis sur pied un comité composés d'intervenants et, dans certains cas, de consommateurs intéressés par la question du mauvais traitement des personnes âgées. Les intervenants de divers organismes ont constaté qu'ils rencontraient des cas semblables de mauvais traitement. Dans toutes les collectivités, les comités avaient été mis sur pied à la suite des efforts d'une ou de deux personnes, qui avaient joué le rôle d'agent catalyseur. La plupart des comités ont d'abord été des sous-comités d'un grand comité communautaire sur la violence familiale. Les autres, comme celui de la ville de Toronto, sont apparus à la suite d'un intérêt pour les personnes âgées. À Toronto, le Comité du Maire de Toronto sur le vieillissement a mis sur pied un sous-comité sur les crimes et les mauvais traitements en 1984. Grâce à des activités de sensibilisation communautaire, ce sous-comité a servi d'agent catalyseur pour la formation du Comité d'action contre le mauvais traitement des personnes âgées de la Communauté urbaine de Toronto.

Les comités sur le mauvais traitement des personnes âgées des cinq collectivités visitées sont composés de personnes qui reflètent la nature interdisciplinaire de ce phénomène. Les intervenants comprennent des infirmières, des travailleurs sociaux, des médecins, des avocats, des aides familiales, des agents de police et des ergothérapeutes. Ces personnes représentent souvent les services de soins à domicile et de santé publique, les hôpitaux, l'aide juridique, la police municipale, la Police provinciale de l'Ontario, les organismes de soutien à domicile et de services à la famille et les programmes psycho-gérontologiques. Le comité de Toronto comprennent des représentants des communautés culturelles. Enfin, des consommateurs siègent sur ceux de Toronto et de Sudbury.

La composition des comités favorise la coordination en réunissant des intervenants comme des agents de police et des aides familiales qui ne sont pas normalement en contact.

Les comités avaient tous les mêmes objectifs. Ils cherchent à :

- mettre en place des réseaux de communication entre les organismes;
- organiser des activités de sensibilisation et des ateliers à l'intention de la communauté;
- élaborer des plans d'intervention communs pour l'évaluation et la documentation; et enfin,
- améliorer la coordination des mesures d'intervention.

Les objectifs qu'ils se sont donnés à l'heure actuelle semblent reliés au niveau de développement de chaque comité. Les comités semblent traverser plusieurs étapes au cours de leurs premières années. Au début, le comité cherche surtout à mettre au point ses objectifs et sa composition. Puis, il entreprend des activitiés pour sensibiliser les membres du comité. Dans la plupart des cas, l'étape qui exige le plus de travail a lieu lorsque vient le temps d'élaborer des plans d'intervention et des activités de sensibilisation communautaire.

Une fois la documentation mise au point, il faut passer à l'étape de mise en application. C'est alors que les comités ont tendance à s'embourber. La présence ou l'absence d'un personnel rémunéré semble être un facteur important dans la poursuite des activités du comité. Les comités qui traversent cette étape peuvent alors commencer à coordonner les mesures d'intervention. Aucun comité n'était rendu à l'étape où cette coordination se faisait officiellement de façon régulière.

3.2.2 Composition des comités

Les membres de tous les comités sont essentiellement des bénévoles qui travaillent à plein temps en tant qu'intervenants. Les tâches du comité sont accomplies par les bénévoles. À Toronto, où le comité a un accès limité au personnel rémunéré, les bénévoles demeurent responsables d'un grand nombre d'activités. Cette dépendance a eu un effet important sur le progrès de plusieurs comités. Dans au moins deux des petites collectivités, le comité n'a jamais réussi à passer à l'étape de mise en application parce que les bénévoles étaient incapables de consacrer suffisamment de temps à leurs activités. Il sembleraient que pour beaucoup de comités, seule une poignée de membres soit en mesure d'accepter des responsabilités importantes. Les membres actifs des comités se décrivent souvent comment souffrant de «surmenage».

3.2.3 Activités des comités

Comme c'est le cas des objectifs, les activités des comités se ressemblent d'une collectivité à l'autre. Tous les comités ont participé à l'élaboration de **plans d'intervention.** Ceux-ci comprennent des formulaires d'évaluation et de documentation ainsi que des lignes directrices pour mettre sur pied des équipes d'intervention. À Sarnia, il y a un plan d'intervention qui invite les intervenants à communiquer avec le coordonnateur du comité qui réunira à son tour les membres appropriés du comité en vue d'une conférence de cas. Ce mécanisme n'a servi que quelques fois pour diverses raisons, dont le fait que beaucoup d'intervenants de cette collectivité ne sont pas au courant du plan d'intervention.

Il existe deux grandes raisons pour lesquelles les plans d'intervention mis au point par les comités sur le mauvais traitement des personnes âgées sont peu utilisés. Les plans d'intervention ne sont pas toujours distribués à tous les intervenants qui peuvent être en contact avec des personnes âgées maltraitées. De plus, il est possible que les dispensateurs qui ne siègent pas au comité ne comprennent pas les plans d'intervention ou ne sachent pas comment s'en servir parce que leurs employés n'ont peut-être pas reçu une formation pertinente.

Bien que les membres du comité dans diverses collectivités approfondissent leurs connaissances de la nature du mauvais traitement des personnes âgées et des mesures d'intervention appropriées, il est possible que les autres intervenants ne soient pas au courant des activités du comité.

La capacité d'un comité d'assurer une fonction de coordination et d'avoir un impact sur la réponse d'une collectivité au phénomène du mauvais traitement des personnes âgées dépend en large mesure de sa notoriété. Or, compte tenu des ressources limitées mises à sa disposition, il est souvent difficile pour un comité d'obtenir un degré élevé de notoriété dans sa communauté. Dans les collectivités où le comité est connu (comme à Toronto), le comité dispose souvent d'un personnel rémunéré lui permettant d'avoir beaucoup d'activités sur une longue période de temps.

Tous les comités ont également participé à diverses **initiatives de sensibilisation**. À Owen Sound, on diffuse des messages à la radio et à la télévision. À Sudbury, le comité a préparé un dépliant sur le mauvais traitement des personnes âgées décrivant leur nature, les personnes à risque, pourquoi ils se produisent et où les personnes âgées peuvent trouver de l'aide. Ce dépliant a été largement distribué dans cette ville. Sarnia a également organisé plusieurs activités de sensibilisation communautaire. Les comités de Cornwall et de Sudbury préparaient des activités semblables. Le comité de Toronto est celui qui a réalisé le plus d'activités de sensibilisation communautaire, dont plusieurs dépliants, un film «A House Divided», des affiches, des annonces dans des abribus, un service de conférenciers et un grand

nombre d'ateliers.

L'élaboration de plans d'intervention et de documents pédagogiques ainsi que l'organisation d'activités de sensibilisation ont été les initiatives les plus réussies de ces comités. Toutefois, il semblerait qu'il y a un dédoublement des efforts, puisque chaque comité produit sa propre documentation.

Tous les comités ont de la difficulté à relever le **défi de la coordination.** Les comités ont réussi à mettre en place des lignes de communication entre les divers organismes. Cette communication est surtout assurée par la participation des membres aux réunions. À Toronto, Owen Sound, Cornwall et Sarnia, les comités ont servi de catalyseur pour des conférences de cas. Toutefois, les comités n'ont pas encore mis en place des mécanismes permanents de coordination qui comprennent tous les différents services pertinents. Il est peu probable que les comités réussiront à mettre en place cette coordination sans ressources supplémentaires.

3.2.4 Rôles futurs

Les comités sur le mauvais traitement des personnes âgées ont réussi à accomplir beaucoup de choses compte tenu de leurs ressources limitées. Ils semblent être un outil viable pour aider une collectivité à lutter contre ce problème. Ces comités ont été particulièrement efficaces au niveau de la sensibilisation populaire et de l'élaboration de plans d'intervention. Toutefois, un organisme provincial qui favoriserait l'échange de documents entre les comités pourrait servir à réduire le dédoublement des efforts.

Les comités ont eu moins de succès au chapitre de la coordination. Il semblerait que ce fait soit attribuable en partie aux ressources humaines limitées et à l'absence d'un mandat précis. Il est possible que ces comités pourront accroître leurs initiatives de coordination si on leur demande officiellement de favoriser les mesures d'intervention communautaires.

3.3 Mesures d'intervention communautaires

Les comités sur le mauvais traitement des personnes âgées ne sont qu'un outil qu'une collectivité peut se donner pour combattre ce problème. Les dispensateurs de soins ont formulé leurs propres réponses au mauvais traitement des personnes âgées en dehors des activités des comités. Cette section décrit comment ces organismes luttent contre ce phénomène à titre individuel, comment ils dépistent les cas de mauvais traitement, les mesures d'intervention les plus communes, et quelles sont les limites des mesures d'intervention actuelles.

3.3.1 Nature des intervenants

Tel qu'indiqué précédemment, le problème du mauvais traitement des personnes âgées exige une concertation interdisciplinaire. Les organismes et intervenants qui participent aux comités sont les mêmes qui interviennent de façon individuelle dans une communauté. Il s'agit des services de santé publique, de soins et de soutien à domicile, des hôpitaux, des médecins, de la police, de l'aide juridique, des maisons d'accueil, des organismes de coordination des placements, des services de santé mental, des organismes de services à la famille et du procureur de la Couronne.

Bien que tous ces organismes affirment intervenir dans des cas de mauvais traitement de personnes âgées, il semblerait que ce sont surtout les services de soins à domicile, de santé publique et de soutien à domicile qui interviennent le plus souvent. Cette constatation est d'ailleurs conforme au fait que ces organismes sont en contact étroit avec des personnes âgées.

3.3.2 Dépistage

On dépiste souvent de nouveaux cas de mauvais traitement lorsque des organismes socio-sanitaires sont avisés d'un cas possible de mauvais traitement soit par un employé, soit par des membres de la famille ou des voisins. Les organismes chargés de l'application de la loi dans les cinq collectivités visitées affirment qu'il est peu fréquent qu'ils aient le premier contact avec un cas de mauvais traitement. Les cas qui leur sont signalés proviennent le plus souvent d'une agence de soins à domicile ou du service de santé publique.

Les intervenants avouent que le malaise qu'ils ressentent d'accuser une personne de mauvais traitement les fait souvent hésiter à intervenir jusqu'à ce qu'ils se soient assurés du bien-fondé du cas. Une aide familiale sera souvent la première personne extérieure à déceler des indices de mauvais traitement, soit à l'occasion de confidences que lui fait la victime, soit en constatant des signes de négligence ou de violence physique. Parfois, un membre de la famille qui n'habite pas avec la victime aura des soupçons après lui avoir rendu visite et avisera un organisme de services socio-sanitaires ou, dans certains cas, la police.

Les cas d'exploitation financière, où le maltraiteur n'est pas de la famille, sont souvent signalés par des membres de la famille. Ce fut le cas dans la région de Cornwall où un enfant s'est aperçu que sa mère avait été victime d'une escroquerie lorsque celle-ci demandait sans cesse «quand les hommes allaient venir poser le nouveau toit». Un cas semblable à Owen Sound comprenait un achat important de viande congelée qui ne fut jamais livrée. Le membre de la famille responsable d'aider l'aîné avec ses affaires avait été le premier à s'apercevoir du mauvais traitement. Lorsque ce sont des membres de la famille qui sont les maltraiteurs, il est beaucoup

plus difficile de démontrer qu'il s'agit d'une escroquerie ou d'une exploitation. Les intervenants peuvent être les premières personnes à s'en apercevoir lorsque le client âgé avoue qu'il n'a pas assez d'argent pour acheter les denrées de première nécessité. Il peut alors affirmer qu'il a besoin d'économiser son argent afin de le donner à son enfant.

3.3.3 Mesures d'intervention

Lorsqu'un cas de mauvais traitement est signalé, le premier organisme à offrir des services est habituellement une agence de soins à domicile ou un service de santé publique. Lorsque des cas possibles de mauvais traitement leur sont signalés, ces organismes font une enquête qui se compose normalement d'une rencontre entre le client et une infirmière ou un travailleur social afin d'évaluer la situation. Lorsque c'est possible, les organismes affirment qu'ils tentent de rencontrer la personne soupçonnée d'être le maltraiteur. Si les mauvais traitements comprennent des actes illégaux comme une agression physique ou une escroquerie, l'organisme de service tente souvent de convaincre la personne maltraitée de discuter avec la police de la possibilité de déposer des accusations. Dans la plupart des cas, la victime ne désire pas impliquer la police dans le cas.

Le refus du client d'admettre l'existence de mauvais traitement est l'obstacle le plus courant que doivent surmonter les intervenants. Tel qu'indiqué précédemment, cette dénégation est attribuable à plusieurs facteurs, dont la peur de perdre les soins, le soutien et la compagnie de la personne maltraitante, la crainte de subir des représailles et la crainte des conséquences d'une éventuelle intervention. Les intervenants affirment qu'ils tentent de dissiper ces craintes, mais avec peu de succès. Selon ces derniers, la tactique qui a le plus de chances de réussir est de continuer à assurer les services et de développer une relation de confiance avec le client. Après un certain temps, l'intervenant pourra peut-être utiliser cette relation de confiance pour aider le client à se sortir de la relation abusive.

Services de soutien de base. Les mesures d'intervention des dispensateurs de services aux cas de mauvais traitement sont remarquablement semblables à celles qu'ils utilisent pour répondre aux besoins des aînés frêles. Ils offriront souvent des aides familiales, des repas à domicile et des services infirmiers ou thérapeutiques, ainsi des services de gestion de cas comme le counselling, la défense des droits, de l'aide pour se trouver un autre logement et une évaluation et une surveillance permanente de la situation du client. Les intervenants affirment qu'ils n'adaptent pas leurs interventions aux différents types de mauvais traitement des personnes âgées.

La méthode utilisée dans les cas d'escroquerie est très semblable à celle des cas d'agression physique. Toutefois, on réagit le plus souvent avec beaucoup plus d'urgence dans ces derniers cas.

La plupart des organismes de services personnels affirment ne pas avoir de plans d'intervention qui distinguent entre les différents types de mauvais traitement.

Tel qu'indiqué précédemment, la majorité des cas est d'abord constatée par des dispensateurs de services socio-sanitaires. Ces dispensateurs affirment que dans la plupart des cas, leur intervention est limitée par la dénégation du client ou par l'absence de preuves concluantes de mauvais traitement. Dans ces cas, le dispensateur s'assure le plus souvent qu'une gamme de services de soutien à domicile est disponible, et continue à surveiller la situation de façon continue. L'intervention s'arrête normalement à ce niveau dans ces cas, sauf si le mauvais traitement s'aggrave ou si le client décide qu'il en a assez. On offre des services de soutien continus, mais on n'intervient pas directement pour retirer une personne de son domicile, retirer le maltraiteur du domicile ou impliquer les autorités judiciaires. L'intervention n'est pas normalement interdisciplinaire. Un tel cas a été signalé lors d'une visite sur les lieux. Il s'agissait d'un couple âgé qui habitait avec la soeur ainée de l'homme. Encouragé par sa soeur, le mari maltraitait physiquement et psychologiquement son épouse. Après la mort naturelle du mari, la veuve s'est mise à maltraiter à son tour sa belle-soeur, la menaçant et essayant même de la pousser en bas d'un escalier et de lui infliger d'autres maux physiques. Ni l'une ni l'autre ne désirait quitter la demeure familiale et toutes deux estimaient que leur situation actuelle était préférable à un placement dans un centre d'accueil pour personnes âgées. À l'heure actuelle, l'agence de soins à domicile offre une gamme de services de soutien ainsi qu'un gestionnaire de cas, qui surveille la situation de façon continue et agit comme intermédiaire entre les deux femmes. L'objectif à long terme est de convaincre ces femmes qu'une d'elles doit habiter ailleurs. Les milieux juridiques n'ont pas été invités à intervenir. Ni l'une ni l'autre souffre d'un handicap intellectuel et la victime n'est pas prête à porter des accusations.

Retrait de services de soutien. Dans certain cas, les agences de soins à domicile estiment que la prestation de services et la surveillance continue contribuent à maintenir le mauvais traitement plutôt qu'à le dissiper. On décide donc de retirer tous les services afin de démontrer au client et à la famille que les organismes de services sont convaincus que la situation est inacceptable, le tout dans le but de provoquer une situation où une intervention est possible. Dans un cas de négligence, une Américaine de 90 ans passait de quatre à cinq mois par année dans son chalet près de Sarnia. Son fils la conduisait là au début de l'été puis revenait à la fin de l'été pour la ramener

aux États-Unis. Au cours de son séjour au Canada, une agence de soins à domicile lui assurait des services, mais après un certain nombre d'incidents où la femme s'est égarée et où l'on a découvert des risques d'incendie, on tenta de convaincre le fils de fournir de l'aide supplémentaire à sa mère ou de la ramener aux États-Unis. Le fils nia qu'il y avait un problème et refusa d'intervenir. L'agence a alors retiré ses services, affirmant que cette femme était dans une situation dangereuse. Ce dernier geste a provoqué l'intervention du fil qui ramena sa mère aux États-Unis.

Dans une autre ville, l'agence de soins à domicile a retiré ses services d'une situation où une femme âgée était agressée physiquement et négligée par son petit-fils. Après de nombreuses tentatives de pallier à la situation avec des services et d'intervenir auprès de la femme et de son petit-fils, l'agence de soins à domicile a retiré ses services après avoir décidé que la situation était dangereuse et nuisible à la santé de leur cliente. La situation fut enfin réglée lorsqu'un membre de la parenté habitant dans une autre ville a rendu visite à sa grand-mère. Il porta des accusations contre le petit-fils, qui fut alors arrêté et retiré du domicile par la Police provinciale de l'Ontario. Par la suite, l'agence de soins à domicile a rétabli ses services.

Dans ces deux cas, le retrait des services de soins à domicile a servi de catalyseur pour faire évoluer la situation. Le retrait a été causé par la frustration que ressentait l'agence de ne pas pouvoir offrir des services suffisants dans le cas de la négligence ou de surmonter la dénégation de la cliente victime d'agression physique, ainsi que par le peu d'intérêt de l'agence à participer à une situation inacceptable. Dans les deux cas, on n'a pas eu recours à diverses autres interventions possibles, dont notamment la police ou poursuivre les services afin de surveiller la situation.

La formation d'équipes interdisciplinaires. La concertation de plusieurs intervenants se produit souvent lorsque l'image que l'on a de la situation du client suggère que le client a besoin de plus que des services de soutien à domicile. Le genre d'organisme qui a le plus souvent tendance à faire appel à la concertation d'une équipe est un service d'évaluation psycho-gérontologique. On demande souvent une évaluation psycho-gérontologique pour déterminer la capacité intellectuelle d'une personne de prendre des décisions personnelles. Dans toutes les collectivités visitées, il semblerait qu'une fois engagé dans un cas, le service psycho-gérontologique a tendance à coordonner l'intervention. La participation des autres organismes dépend de la nature des problèmes. Dans de nombreux cas de mauvais traitement, le maltraiteur est un alcoolique. Les organismes tenteront souvent d'intervenir auprès des maltraiteurs afin de les inscrire dans un programme de traitement de toxicomanie. Si la victime a besoin d'un autre logement, on consultera le service local de coordination des placements ou un maison d'accueil. On sollicitera une évaluation du

médecin de famille. Au fur et à mesure que le cas se précise, les intervenants qui y sont impliqués demanderont souvent des conseils de la police locale ou provinciale et parfois du procureur de la Couronne. Dans la plupart des cas, la dénégation du client ou l'absence de preuves empêche les recours judiciaires. On utilise parfois des conférences de cas comme moyen de concerter tous les intervenants afin de trouver des solutions à la situation du client. Les intervenants estiment qu'il s'agit là de la meilleure façon de développer et de coordonner des services d'intervention pour les cas de personnes âgées maltraitées.

Les intervenants affirment que la concertation d'une équipe interdisciplinaire s'avère la plus efficace dans les cas de négligence et d'agression physique. Dans un cas idéal où le client reconnaît qu'il est victime de mauvais traitement, l'équipe peut intervenir et offrir des services de soutien, retirer soit le client, soit le maltraiteur, du domicile, assurer un hébergement temporaire, et faire appel au système judiciaire pour entamer des poursuites contre la maltraiteur. Malheureusement, il y a très peu de situations idéales, surtout dans les cas d'escroquerie.

Au cours des visites sur les lieux, les intervenants ont exprimé le plus de frustrations devant les cas d'escroquerie, qu'il estiment être les plus difficiles à remédier. Lorsque l'exploitation financière est éventuellement signalée, il est d'habitude trop tard pour récupérer l'argent perdu. L'exploitation financière a souvent lieu de façon légale, ce qui fait que la victime n'a aucun recours. Les intervenants donnent en exemple un aveugle de 82 ans qui vivait seul. Après la mort de son épouse, son fils, sa belle-fille et leurs trois enfants ont emménagé dans sa maison. Au bout de trois mois, 90 000 $ avaient été retirés de son compte d'épargne et sa maison avait été vendue par son fils. Au préalable, le fils avait consulté un avocat et obtenu une procuration sur les questions financières de son père. L'exploitation avait été signalée à la police par la caissière de la banque. Comme le fils s'était muni d'une procuration, aucune accusation n'a été portée.

Dans un cas semblable à Cornwall, l'aide juridique a dû intervenir pour empêcher une escroquerie de montants considérables et faire révoquer une procuration qu'un fils avait obtenu. D'autres mesures ont alors été prises pour assurer que l'homme en question puisse continuer à gérer ses affaires. Les intervenants avouent leurs frustrations devant des cas d'exploitation financière parce que la plupart des organismes qui luttent contre le mauvais traitement des personnes âgées ne savent pas quoi faire ou sont incapables de remédier au détournement d'une procuration. Enfin, ils sont également frustrés parce que les clients nient que l'exploitation a eu lieu, surtout lorsqu'il s'agit d'un membre de leur famille.

Cette section a passé en revue les principales mesures d'interventions des organismes communautaires qui luttent contre le mauvais traitement des personnes

âgées. Celles-ci comprennent la prestation de services de soutien de base, semblables à ceux que reçoivent les aînés frêles; le retrait de services; la mise sur pied d'équipes interdisciplinaires; et dans quelques cas, le recours à des organismes chargés de l'application de la loi et à des mesures judiciaires. Les intervenants affirment qu'en dépit de leurs meilleurs efforts, leur intervention dans des cas de mauvais traitement des personnes âgées est soumise à des contraintes considérables. Quelques-unes des plus importantes contraintes seront examinées au cours de la prochaine section.

3.3.4 Facteurs limitant les interventions

Les intervenants rencontrés dans les cinq collectivités visitées affirment qu'il existe plusieurs facteurs importants qui limitent leur capacité d'intervenir dans des cas de personnes âgées maltraitées. Ces contraintes sont :

- l'absence d'hébergement d'urgence et l'incapacité d'intervenir jour et nuit;
- l'absence de plans d'intervention précis comprenant des définitions, des critères d'évaluation et des mesures appropriées aux mauvais traitements;
- un manque de documentation sur les cas suspects de mauvais traitement des personnes âgées;
- l'absence de mandat précis pour lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées;
- le manque de sensibilisation communautaire au phénomène du mauvais traitement des personnes âgées; et
- de fausses conceptions quant aux règles de confidentialité.

Les intervenants affirment qu'ils rencontrent souvent des cas où la situation de la personne maltraitée serait améliorée si on pouvait lui offrir un autre logement. Il y a un besoin d'hébergement d'urgence à court terme et de logements à long terme. De telles possibilités n'existaient pas dans les collectivités visitées.

Les maisons d'accueil servent parfois à loger des femmes âgées qui sont dans des situations abusives. Les intervenants et les consommateurs affirment qu'il s'agit là d'une solution insatisfaisante parce que la plupart des maisons d'accueil ont été mises sur pied pour répondre aux besoins d'une population qui est beaucoup plus jeune. Il y a souvent des escaliers et des obstacles dans la maison qui compliquent la vie des femmes âgées handicapées ou frêles. Un intervenant a avoué que l'atmosphère

dans ces maisons n'est pas propice aux besoins d'une personne âgée. Admettre la victime à l'hôpital ou lui trouver une chambre dans une auberge ou un maison de repos constituent deux autres solutions préconisées dans les collectivités visitées. Enfin, on a également fait appel à des foyers pour personnes âgées ou à des maisons de soins infirmiers.

Tant les intervenants que les consommateurs affirment que les victimes préfèrent souvent demeurer dans une situation abusive plutôt que d'utiliser un logement qui leur est proposé. En effet, la hantise de beaucoup de personnes âgées est d'être admis dans un foyer pour personnes âgées ou une maison de soins infirmiers de façon temporaire et de ne plus pouvoir en sortir.

La capacité d'intervention des dispensateurs de services est également limitée par leur incapacité d'intervenir jour et nuit. Les personnes âgées maltraitées le soir ou en fin de semaine n'ont souvent d'autre choix que de se présenter à la salle d'urgence d'un hôpital ou d'appeler la police. Aucune organisme de services sociaux n'est en mesure de leur offrir de l'aide en dehors des heures de travail habituelles.

Les intervenants signalent le **besoin de plans d'intervention généraux** qui énuméreraient les critères pour évaluer et reconnaître les différents types de mauvais traitement des personnes âgées ainsi que les mesures à prendre. On a fait remarquer que bien que les comités sur le mauvais traitement des personnes âgées des cinq collectivités avaient élaborés certains plans d'intervention, ceux-ci n'avaient pas été adoptés par tous les organismes concernés de la collectivité. Les intervenants étaient incapables d'indiquer comment les interventions dans les cas d'exploitation financière devaient différer des interventions dans les cas de mauvais traitements physiques ou psychologiques. Selon les répondants, les plans d'intervention devraient servir davantage de lignes directrices pour les interventions et non de marches à suivre rigides.

Le **manque de documentation adéquate** des cas de mauvais traitement des personnes âgées a nuit aux enquêtes judiciaires. Selon les services de police et les procureurs de la Couronne, la plupart des hôpitaux ainsi que les autres organismes de services socio-sanitaires ne conservent pas le genre de documentation qui leur permettrait d'obtenir gain de cause dans un cas de personne âgée maltraitée. Les répondants ont fait remarquer que ces mêmes organismes conservent pourtant une documentation adéquate dans les cas d'enfant maltraité ou de violence conjugale. Un exemple de la région de Sarnia en fait foi. Il s'agit d'un homme de 71 ans qui était marié à une femme de 39 ans qui le maltraitait psychologiquement et physiquement. Chaque fois qu'il devait être hospitalisé, elle le transportait à un hôpital différent afin d'éviter qu'on constate les mauvais traitements. À l'exception d'un hôpital de London qui avait un plan d'intervention pour les cas de personnes âgées maltraitées, tous les autres hôpitaux n'ont pas documentés les indices de mauvais traitement. De fait, une

infirmière s'est fait dire par un médecin de ne pas terminer la documentation qu'elle avait commencée. Ce n'est qu'en utilisant un rapport d'autopsie que la maltraitante a pu être accusée et trouvée coupable.

L'**absence d'un mandat précis** nuit également aux tentatives de beaucoup d'organismes communautaires de lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées. Les services de police ont noté qu'ils recevaient des instructions spéciales et de la sensibilisation pour les cas de violence conjugale, ainsi que des directives leur indiquant quant porter des accusations dans de tels cas. Ils affirment ne pas avoir reçu d'instructions semblables pour les cas de mauvais traitement des personnes âgées. Dans une région, un représentant d'un service de police a déclaré que beaucoup de cas de mauvais traitement des personnes âgées étaient traités comme des «problèmes de famille» qui n'exigeaient pas une intervention de la police. De fait, la police ne devrait pas avoir besoin d'instructions précises pour intervenir. Si le mauvais traitement constitue une infraction au code pénal, le police devrait intervenir.

Les organismes socio-sanitaires affirment qu'il n'est pas du tout clair quels organismes communautaires, s'il y en a, ont le mandat de coordonner les mesures d'intervention. L'absence d'un mandat précis chez tous ces organismes signifie souvent que le personnel ne reçoit pas la formation nécessaire pour s'occuper de ces cas, qu'il n'y a pas de personnel chargé d'intervenir, et que la lutte contre le mauvais traitement des personnes âgées n'entre pas en ligne de compte lorsque ces organismes établissent leurs priorités. Néanmoins, malgré l'absence de mandats précis, la plupart des organismes interviennent. Enfin, cette absence nuit également à la coordination entre les organismes de services socio-sanitaires et ceux chargés de l'application de la loi. Ces deux secteurs n'ont pas de contacts réguliers concernant l'aide à offrir aux personnes âgées et par conséquent, n'ont aucune tendance naturelle à se concerter lorsqu'ils se retrouvent devant un cas d'une personne âgée maltraitée.

Les organismes socio-sanitaires indiquent également que la **confusion au sujet des règles de confidentialité** a limité leur efficacité dans des cas précis de personnes âgées maltraitées. Dans un exemple cité précédemment dans ce rapport, une agence de soins à domicile a retiré ses services d'une situation où une femme âgée était maltraitée par son petit-fils. Les services ont été retirés parce que la victime refusait d'entreprendre les démarches qui lui auraient permis d'améliorer sa situation. Elle avait expressément demandé à son infirmière de soins à domicile de ne pas intervenir. Après avoir pris connaissance de la situation abusive, un membre de la parenté habitant une autre ville avait communiqué avec l'agence de soins à domicile et demandé des renseignements au sujet de leur rôle. S'estimant incapable d'enfreindre la confidentialité de sa relation avec la cliente, l'infirmière lui avait répondu que le dossier de la cliente ne serait mis à sa disposition que si la police avait une ordonnance de produire le document. Cet exemple démontre clairement que les

intervenants qui assurent des services aux personnes âgées ont besoin de faire clarifier le degré de confidentialité qu'ils doivent assurer, surtout lorsque le bien-être d'une personne est menacé et qu'un crime est en train de se produire.

Le refus des victimes de se voir comme tel crée le plus de frustrations pour les intervenants. Ils affirment également que **l'absence de sensibilisation communautaire**, l'incompréhension des questions se rapportant au mauvais traitement des personnes âgées et des façons de dépister ces mauvais traitements constituent des obstacles importants à la mise en place des mesures d'intervention efficaces. Diverses personnes dans les cinq collectivités ont recommandé qu'il y ait davantage de sensibilisation de la population afin que les personnes âgées sentent qu'il est acceptable de rechercher de l'aide lorsqu'elles sont maltraitées.

3.3.5 Interventions juridiques

Au cours des visites sur les lieux, très peu d'interventions juridiques ont été signalées dans des cas de mauvais traitement des personnes âgées. La préférence pour une solution sociale plutôt que judiciaire est attribuable à plusieurs facteurs. D'abord, la plupart des intervenants perçoivent le phénomène du mauvais traitement des personnes âgées comme une question familiale qui exige des services à la famille et non une intervention juridique. De fait, les organismes socio-sanitaires qui ont le plus de contact avec des cas de mauvais traitement des personnes âgées ne connaissent pas très bien les ressources juridiques dont peuvent se prévaloir leurs clients maltraités. Par conséquent, il n'y a qu'un usage très limité du système judiciaire.

Deuxièmement, le refus fréquent des victimes de se voir comme tel ainsi que leur refus de porter des accusations rend difficile les recours en droit. On affirme également que les personnes âgées ont peur des tribunaux. Cette peur s'explique en partie par un manque de familiarité avec le système judiciaire ainsi que par une inquiétude bien-fondée de voir le procès s'éterniser.

La police ne porte pas des accusations lorsque la victime refuse de le faire. La police porte des accusations dans les cas de violence conjugale parce qu'elle a reçu des directives dans ce sens du Solliciteur général. Cette approche soulage la victime de cette responsabilité.

Les organismes socio-sanitaires ont également exprimé leurs réticences à faire appel au système judiciaire parce que dans leurs expériences antérieures, les maltraiteurs se voyaient imposer des peines courtes non-punitives qui n'offrent aucune protection aux victimes. Les procureurs de la Couronne dans les cinq collectivités ont confirmé que les peines étaient habituellement assez légères. Toutefois, il n'existe aucune étude qui fait état de la peine moyenne dans les cas de mauvais traitement des personnes âgées en Ontario. Les tribunaux ontariens ne

conservent pas des statistiques sur l'âge des victimes.

Les procureurs de la Couronne dans toutes les collectivités ont déclaré que les lois actuelles étaient adéquates pour assurer une intervention juridique dans les cas de mauvais traitement des personnes âgées, mais qu'il y avait un besoin d'outils et de renseignements supplémentaires pour qu'ils puissent obtenir gain de cause. Plus précisément, ils ont fait remarquer qu'il y avait un besoin de services de soutien pour permettre aux victimes âgées de témoigner, comparables à ceux qui existent pour les victimes de violence conjugale.

4.0 MESURES D'INTERVENTION COMMUNAUTAIRES

Ce chapitre passe en revue les résultats d'un sondage auprès des organismes communautaires en Ontario qui ont le plus tendance à être en contact avec des cas de mauvais traitement des personnes âgées. Voici les principales conclusions de l'enquête :

- Soixante-et-un pour cent des répondants avaient connaissance de cas connus ou suspects de mauvais traitement des personnes âgées.
- Les organismes socio-sanitaires ont plus tendance à intervenir dans des cas de mauvais traitement des personnes âgées que les autres organismes.
- Plus de 81 % des organismes n'ont pas de plan officiel pour intervenir dans un cas de personne âgée maltraitée.
- À l'heure actuelle, les organismes offrent des services aux personnes âgées maltraitées.
- Les services assurés aux victimes sont semblables à ceux offerts aux personnes âgées frêles.
- La tendance des orientations reflète le besoin d'une concertation interdisciplinaire.
- Trente-trois pour cent des organismes ont participé à la sensibilisation populaire.
- Soixante-treize pour cent des organismes n'offrent aucune formation à leurs employés en matière de mauvais traitement des personnes âgées.
- Les organismes désirent qu'il y ait davantage de coordination des interventions dans les cas de personnes âgées maltraitées.
- Enfin, les intervenants de tous les secteurs reconnaissent le besoin de direction et de soutien supplémentaires en provenance du gouvernement provincial pour les mesures d'intervention communautaires.

4.1 Objectif du sondage

L'objectif du sondage était de prendre connaissance des moyens utilisées par les collectivités partout en Ontario pour intervenir dans les cas de personnes âgées maltraitées. Son intention était de déterminer dans quelle mesure les organismes communautaires voient le phénomène du mauvais traitement des personnes âgées comme un problème et de faire un relevé des types d'organismes intervenants et de leur façon d'intervenir.

4.2 Orientation du questionnaire

Le questionnaire qui a servi au sondage a été formulé afin de trouver des réponses aux questions suivantes :

- Quels types d'organismes sont en contact avec des cas de personnes âgées maltraitées?
- Quels genres de plans d'intervention ont été élaborés par ces organismes pour encadrer leurs interventions?
- Quels genres de services sont le plus souvent utilisés lors de ces interventions?
- Quelle est la tendance des orientations entre organismes?
- Quels types d'activités de sensibilisation populaire et de prévention sont parrainées par ces organismes?
- Quels types de formation du personnel a lieu dans ces organismes?
- Quels sont les obstacles à la prestation des services que doivent surmonter ces organismes?

Un questionnaire postal a servi à recueillir des renseignements sur chacune de ces questions. Les méthodes d'échantillonnage ont été conçues pour atteindre les organismes qui avaient le plus tendance à intervenir dans des cas de personnes âgées maltraitées et pour identifier les organismes qui, tout en n'étant pas directement visés par le sondage, s'occupent néanmoins de ce problème. Des groupes-discussions avec des associations professionnelles et de consommateurs ont suggéré divers organismes qui interviennent dans des cas de personnes âgées maltraitées. Il s'agit des organismes suivants :

- les services de santé publique;
- les hôpitaux;
- les services de soins à domicile;
- les services de soutien à domicile;
- la police;
- l'aide juridique;
- les comités sur la violence conjugale; et
- les comités sur le mauvais traitement des personnes âgées.

Une technique «boule-de-neige» a servi à échantillonner ces organismes. Un questionnaire a été envoyé à tous ces organismes en Ontario. En plus d'avoir à répondre à des questions au sujet de la nature de leurs interventions, les répondants ont été invités de nommer d'autres organismes dans leur collectivité qui s'occupent de personnes âgées maltraitées. Par la suite, un questionnaire fut envoyé à ces derniers. Cette technique augmente la probabilité que tous les organismes qui s'occupent de personnes âgées maltraitées en Ontario aient eu la possibilité de participer au sondage.

Les questionnaires ont été envoyés à 871 organismes. De ce nombre, 678 ont été retourné, ce qui correspond à un taux de réponse de 78 %. Il s'agit d'un taux de réponse extrêmement élevé pour un questionnaire postal, ce qui révèle le degré élevé d'intérêt en Ontario pour trouver des façons de lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées.

Les répondants étaient raisonnablement répartis en Ontario. Le tableau 1 indique que 20 % des réponses proviennent du nord de l'Ontario, 31 % du sud-ouest, 22 % du centre et 27 % du sud-est. Le tableau 1 présente également les types d'organismes représentés dans le sondage. Lorsqu'il y a lieu, les analyses dans ce chapitre présente les résultats par type d'organismes.

Le taux élevé de répondants et leur répartition indiquent que ces résultats sont raisonnablement représentatifs de la façon dont les organismes en Ontario s'occupent des cas de personnes âgées maltraitées.

TABLEAU 1
CARACTÉRISTIQUES DES ORGANISMES SONDÉS

A. Répartition géographique	
Nord	20
Sud-ouest	31
Centre	22
Sud-est	27
	100 %
N=678	

B. Répondants par type d'organisme	Taux de réponse (%) par type d'organisme
Service de santé publique	87,8
Hôpitaux	67,1
Police	73,1
Aide juridique	56,9
Soutien à domicile	69,0
Soins à domicile	79,0
Comités sur la violence familiale	54,2
Comités sur le mauvais traitement des personnes âgées	60,6
Infirmières de l'Ordre de Victoria/coordonateurs de placement	45,2
Services de santé mentale et autres services de santé	51,1
Autre	
N= 678	

4.3 Organisation du chapitre

Les autres sections de ce chapitre passeront en revue les résultats de chacune des questions énumérées précédemment.

4.4 Types d'organismes en contact avec des personnes âgées maltraitées

Au cours de la période de six mois qui a précédé le sondage, 61 % des répondants avaient des employés qui ont pris connaissance de cas confirmés ou suspects de mauvais traitement des personnes âgées (tous les types). De ce groupe, la plupart d'entre eux (61 %) avaient pris connaissance de 1 à 3 cas, 23 % avaient été en contact avec de 4 à 7 cas et le reste (16 %) avaient pris connaissance de plus de 7 cas. Le tableau II indique que les services de soins à domicile et de santé publique prennent connaissance du plus grand nombre de cas de mauvais traitement. En général, les organismes socio-sanitaires ont contact avec plus de cas que l'aide juridique ou la police.

TABLEAU II
ORGANISMES SIGNALANT DES CAS
DE MAUVAIS TRAITEMENT DES PERSONNES ÂGÉES

NATURE DE L'ORGANISME	AUCUN (%)	1-3 CAS (%)	4-7 CAS (%)	8 CAS OU PLUS (%)
Soins à domicile	22,7	25,0	31,8	20,5
Santé publique	30,6	30,6	16,7	22,2
Comités sur le mauvais traitement des personnes âgées	40,0	35,0	15,0	10,0
Comité sur la violence familiale	39,7	37,9	19,0	3,4
Aide juridique	48,5	30,3	12,1	9,1
Soutien à domicile	44,9	39,9	8,3	7,0
Hôpitaux	52,5	32,8	9,6	5,1
Police	55,3	21,1	15,8	7,9
N=678				

En plus du nombre global de cas dont ils avaient pris connaissance au cours des derniers six mois, les répondants devaient évaluer à quelle fréquence ils rencontraient les différents types de mauvais traitement. Une échelle à trois paliers, comportant les possibilités de réponse jamais, parfois et souvent, a servi à mesurer la fréquence des mauvais traitements physiques et psychologiques, l'exploitation financière et la négligence. Le tableau III indique qu'il y a peu de différences dans la fréquence relevée. Les quatre types de mauvais traitements sont constatés «parfois» dans 50 à 53 % des cas. L'exploitation financière est «souvent» constatée dans 10 % des cas. Seulement 1 % des répondants constatent «souvent» des cas d'agression physique.

TABLEAU III
POURCENTAGE DE CAS SIGNALÉS PAR TYPE DE MAUVAIS TRAITEMENT

Type de mauvais traitement	Jamais	Parfois	Souvent	Pas de réponse
Violence physique	35	53	1	11
Violence psychologique	29	52	6	13
Exploitation financière	25	53	10	12
Négligence	30	50	6	14
N=678				

Il est possible de tirer plusieurs conclusions de ces résultats. D'abord, la majorité (61 %) des organismes sont au courant de cas de personnes âgées maltraitées. Ce phénomène est constaté par des organismes partout en Ontario. Ce résultat vient confirmer que le mauvais traitement des personnes âgées en Ontario n'est pas un

mythe. Le nombre de cas recensés par les organismes est relativement peu élevé mais d'une dimension assez importante pour exiger des mesures d'interventions officielles. Les répondants affirment qu'un nombre global de 379 cas de personnes âgées maltraitées ont été relevés au cours d'une période six mois.[2]

Les résultats suggèrent également que les organismes socio-sanitaires ont beaucoup plus tendance à dépister des cas de personnes âgées maltraitées que les organismes chargés de l'application de la loi. Ce fait est d'ailleurs conforme aux constatations faites lors des visites sur les lieux (voir la section 3.2.2). Dans une collectivité, le secteur socio-sanitaire est la porte d'accès aux services pour les personnes âgées maltraitées, puisque ce sont ces intervenants qui ont le plus tendance à être en contact avec des personnes dans leur domicile.

Enfin, les répondants constatent «souvent» des cas d'exploitation financière, plus que les autres types de mauvais traitement. On peut en conclure qu'il est important que le secteur socio-sanitaire se concerte avec le secteur juridique afin d'assurer des interventions globales.

4.5 Plans d'intervention et services

4.5.1 Plans d'intervention

Les répondants devaient indiquer si leur organisme s'était doté d'un plan d'intervention officiel dans les cas de personnes âgées maltraitées. Plus de 81 % d'entre eux affirment qu'ils n'ont pas de tels plans d'intervention ou de marches à suivre lorsqu'ils constatent un cas de personne âgée maltraitée (tableau IV). Il ne faut pas oublier que 61 % des organismes affirment avoir pris connaissance de personnes âgées maltraitées.

---

[2] Ce nombre peut comprendre des relevés multiples d'un même cas par des répondants de la même collectivité.

TABLEAU IV
ORGANISMES DISPOSANT DE MÉCANISMES FORMELS D'INTERVENTION
DANS LES CAS DE MAUVAIS TRAITEMENT DES PERSONNES ÂGÉES
(plans d'intervention/marches à suivre) (%)

ORGANISME	OUI	NON	PAS DE RÉPONSE
Police	26	71	3
Santé publique	22	78	0
Soins à domicile	21	79	0
Comités sur la violence familiale	16	84	0
Comités sur le mauvais traitement des personnes âgées	15	75	10
Hôpitaux	14	83	3
Soutien à domicile	11	85	4
Aide juridique	0	100	0
N=678			

La police (26 %), le service de santé publique (22 %) et le service de soins à domicile (21 %) affirment avoir de tels plans d'intervention plus souvent que tous les autres organismes. Ces plans d'intervention comprennent le plus souvent des définitions des mauvais traitement, un aperçu de la documentation nécessaire, des listes d'organismes à contacter et dans certains cas, la marche à suivre pour l'examen du cas. Certains services de police estiment que leur plan d'intervention général pour la violence familiale comprend le mauvais traitement des aînés.

Cette pénurie de plans d'intervention chez tant d'organismes peut indiquer l'absence de mécanismes d'interventions formels ou tout simplement que beaucoup d'organismes se replient sur leurs services habituels lorsqu'ils sont en contact avec une personne âgée maltraitée. Les visites sur les lieux (voir la section 3.3.4) indiquent que le manque de plans d'intervention est un problème pour les intervenants qui n'ont pas reçu de formation adéquate dans de domaine. L'absence de plans d'intervention a également des conséquences importantes au niveau de la coordination puisque de nombreux organismes qui sont appelés à intervenir dans de tels cas ne sont pas souvent en contact les uns avec les autres. Sans marches à suivre ni plans d'intervention formels, les organismes doivent improviser leur concertation cas par cas.

4.5.2 Services

Les données sur les types d'organismes qui s'occupent du mauvais traitement des personnes âgées sont déformées du fait que la plupart des organismes sondés offrent des services socio-sanitaires. Toutefois, les visites sur les lieux (voir section 3.3.1) et le sondage (voir section 4.4) indiquent que la majorité des cas de personnes âgées maltraitées se retrouvent entre les mains de ces types d'organismes.

Les services qu'utilisent les organismes pour répondre au mauvais traitement des personnes âgées sont conformes à leurs mandats et à leurs compétences. Les agences de services à la famille ont davantage tendance à offrir du counselling tandis que les services de santé publique et de soins à domicile ont plus tendance à offrir des services infirmiers. La police intervient davantage lors des crises et à la suite de renvois d'autres organismes.

Le tableau V indique que le counselling, la défense des droits, l'intervention d'urgence, les soins infirmiers, l'orientation et l'évaluation sont les six services les plus souvent utilisés par les organismes intervenants. Il existe des parallèles entre les services offerts aux personnes âgées frêles et ceux aux personnes âgées maltraitées. Cela peut s'expliquer du fait que ces organismes tentent de s'occuper des cas de personnes âgées maltraitées avec leurs compétences actuelles ou parce que les besoins des personnes maltraitées et frêles sont comparables. La description des victimes obtenue lors des visites sur les lieux (section 3.3) et dans les études antérieures (Podnieks, 1990) porte à croire que beaucoup de personnes âgées maltraitées ont une santé frêle et sont dans un état de dépendance. Cette constatation vient confirmer la nature raisonnable de l'orientation de ces services et porte à croire qu'un agrandissement des services aux personnes âgées maltraitées pourrait se faire en les greffant au système actuel.

Le résultat sans doute le plus important est que les organismes en Ontario affirment faire appel à une vaste gamme de services dans le cadre de leurs interventions. Malgré l'absence de programmes et de plans d'intervention officiels, les collectivités ontariennes tentent de lutter contre ce problème.

TABLEAU V
SERVICES UTILISÉS PAR LES ORGANISMES POUR INTERVENIR EN CAS DE MAUVAIS TRAITEMENT DES PERSONNES ÂGÉES (%)

43 % des organismes répondants offrent du **counselling**.	%
Ces types d'organismes l'utilisent le plus souvent :	
Comités sur la violence familiale	79
Santé publique	69
Soins à domicile	66
Hôpitaux	45
37 % des organismes répondants font de la **défense des droits**.	
Ces types d'organismes l'utilisent le plus souvent :	
Santé publique	75
Soins à domicile	64
Comités sur la violence familiale	55
Comités sur le mauvais traitement des personnes âgées	55
29 % des organismes répondants font des **interventions d'urgence**.	
Ces types d'organismes l'utilisent le plus souvent :	
Comités sur la violence familiale	66
Police	53
Santé publique	39
26 % des organismes répondants offrent des **soins médicaux ou infirmiers**.	
Ces types d'organismes l'utilisent le plus souvent :	
Santé publique	67
Soins à domicile	59
Hôpitaux	51
26 % des organismes répondants offrent des **services d'orientation**.	
Ces types d'organismes l'utilisent le plus souvent :	
Santé publique	89
Comités sur la violence familiale	71
Soins à domicile	71
Police	58
25 % des organismes répondants offrent des **services d'évaluation**.	
Ces types d'organismes l'utilisent le plus souvent :	
Santé publique	69
Soins à domicile	50
Hôpitaux	32
16 % des organismes répondants font de la **sensibilisation de la population**.	
Ces types d'organismes l'utilisent le plus souvent :	
Santé publique	42
Comités sur la violence familiale	35
11 % des organismes répondants offrent des **services juridiques**.	
Ces types d'organismes l'utilisent le plus souvent :	
Aide juridique	73
Police	18

N=678

Les pourcentages indiquent les totaux par catégorie de réponse et ne doivent pas être additionnés.

4.6 Tendance des orientations

La tendance des orientations signalée par les répondants reflète la concertation nécessaire aux interventions dans des cas de mauvais traitement des personnes âgées. Le tableau VI indique que la plupart des organismes orientent leurs clients vers une vaste gamme d'organismes socio-sanitaires et juridiques. Les pourcentages indiquent le classement relatif des orientations. Par exemple, les services de santé publique orientent leurs clients davantage vers des médecins que vers des hôpitaux ou des services sociaux municipaux.

La tendance des orientations semble être conforme aux relations normales qu'ont les organismes au sein d'une collectivité. Ainsi, la police et les comités sur la violence familiale ont davantage tendance à orienter leurs clients vers des hôpitaux parce que leurs contacts avec une personne âgée maltraitée a lieu le plus souvent lors d'une urgence. Comme la santé publique et les soins à domicile dépistent les mauvais traitements dans le cadre de leurs visites habituelles, ils disposent de plus de temps pour faire intervenir des médecins et d'autres intervenants. Les hôpitaux reçoivent les cas urgents, puis les orientent vers les soins à domicile qui s'occuperont du client lors de sa sortie de l'hôpital.

Il est intéressant de noter que presque tous les répondants orientent leurs clients vers les médecins. Cette tendance indique que les médecins interviennent dans la plupart des cas de mauvais traitement. Toutefois, des discussions aux cours des visites sur les lieux ont indiqué que le rôle des médecins se limite le plus souvent à la prestation de services médicaux.

La plupart des organismes communautaires font appel aux services de la police. De nouveau, il se peut qu'il s'agisse d'une reconnaissance du besoin d'une concertation pour lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées. Ce résultat confirme les conclusions tirées lors des visites sur les lieux que la plupart des cas qui sont signalés à la police proviennent d'organismes communautaires.

Les données suggèrent également que les services de santé publique et de soins à domicile sont les organismes les plus probables auxquels les victimes feront appel. Bien que ces deux organismes reçoivent le moins de renvois, elles orientent leurs clients vers une vaste gamme d'autres organismes. Ce résultat a d'ailleurs été confirmé lors des visites sur les lieux (voir section 3.3.2).

TABLEAU VI
TENDANCE DES ORIENTATIONS DANS LES CAS
DE MAUVAIS TRAITEMENT DE PERSONNES ÂGÉES (%)

La santé publique oriente ses clients le plus souvent vers :	%
Médecins	77
Police	61
Soins à domicile	56
Soutien à domicile	56
Hôpitaux	50
Services sociaux municipaux	50
Les hôpitaux orientent leurs clients le plus souvent vers :	
Soins à domicile	44
Médecins	31
La police oriente ses clients le plus souvent vers :	
Hôpitaux	66
Services sociaux municipaux	53
Médecins	42
Aide juridique/avocat	37
L'aide juridique oriente ses clients le plus souvent vers :	
Police	39
Un autre avocat/service d'aide juridique	39
Les services de soutien à domicile orientent leurs clients le plus souvent vers :	
Soins à domicile	38
Médecins	25
Les services de soins à domicile orientent leurs clients le plus souvent vers :	
Médecins	77
Hôpitaux	38
Un autre service de soins à domicile	36
Police	36
Les comités sur la violence familiale orientent leurs clients le plus souvent vers :	
Hôpitaux	57
Aide juridique/avocat	55
Police	52
Médecins	52
Services sociaux municipaux	48
Les comités sur le mauvais traitement des personnes âgées orientent leurs clients le plus souvent vers :	
Aide juridique/avocat	50
Police	45
Médecins	45

N=678
Les répondants pouvaient indiquer tous les choix pertinents. Il ne faut donc pas additionner les pourcentages.

Le tableau VI rappelle l'importance de la coordination. L'intervention possible de tant d'organismes dans un seul cal nécessite une clarification des rôles de chacun.

De plus, un d'entre eux doit être mandaté d'assurer la gestion nécessaire du cas. C'est particulièrement important lorsqu'il y a concertation des services de plusieurs secteurs.

4.7. Sensibilisation de la population

Un tiers des répondants au sondage indiquent que leur organisme a participé à des activités de sensibilisation de la population. Ces activités comprennent des ateliers, des conférences, des dépliants, des films et des émissions de télévision.

Les organismes qui participent le plus souvent à des activités de sensibilisation sont :

- les comités sur le mauvais traitement des personnes âgées;
- la police;
- les services de santé publique;
- les comités de violence familiale;
- les services de soins à domicile.

Les données de l'enquête confirment les résultats des visites sur les lieux (sections 3.2.3 et 3.3.4). Là où ils existent, les comités sur le mauvais traitement des personnes âgées ont assumé la direction des initiatives de sensibilisation de la population. Dans les autres collectivités, les organismes cités précédemment avaient lancé des initiatives semblables. Toutefois, 66 % de tous les organismes sondés affirment ne pas faire de sensibilisation de la population. Il faudrait tenir compte de ce fait lorsqu'on mettra en parallèle les inquiétudes soulevées par les visites sur les lieux (section 3.3.4) et les données du sondage démontrant que le manque de sensibilisation de la population limite la portée des interventions.

4.8 Formation du personnel

Dans la plupart des cas, les intervenants locaux n'ont pas reçu de formation pour les cas de mauvais traitement des personnes âgées. Les résultats du sondage indiquent que 73 % (494) des organismes sondés n'offrent aucune formation à leur personnel à ce sujet. Les organismes (27 %) qui ont une telle formation utilisent les moyens suivants :

- des séances de formation et des films;
- une sensibilisation au mauvais traitement des

personnes âgées intégrée à la formation professionnelle générale;
- une formation gérontologique en cours d'emploi;
- un examen des recherches sur la question; et
- la participation au comité local sur le mauvais traitement des personnes âgées.

Seize pour cent des répondants indiquent que leur organisme participe à un comité sur le mauvais traitement des personnes âgées. Les comités visités (voir section 3.2.3) confirment cette absence généralisée de formation du personnel ainsi que l'absence de plans d'intervention et de marches à suivre (voir section 4.5.2).

Diverses professions (soit la médecine, le travail social et la police) commencent à intégrer la question du mauvais traitement des personnes âgées dans leur programme d'études obligatoires. Le Collège de police de l'Ontario utilise un manuel préparé par le Advocacy Centre for the Elderly de Toronto qui explique les différents types de mauvais traitement de personnes âgées ainsi que les lois pertinentes qui peuvent servir à porter des accusations dans de tels cas. De plus, l'Association ontarienne des travailleurs sociaux professionnels est présentement en train de préparer un manuel à l'intention de ses membres sur cette question.

Les visites sur les lieux ainsi que le sondage indiquent qu'il n'y a aucune formation permanente en matière de mauvais traitement des personnes âgées pour les intervenants actuels.

4.9 Obstacles aux interventions

Les organismes qui tentent d'offrir des services aux victimes âgées de mauvais traitement affirment qu'ils doivent surmonter de nombreux obstacles. Soixante-douze pour cent des répondants ont pu nommer des obstacles à la prestation efficace de services. Voici les principaux obstacles :

- Leur personnel n'a pas la compétence pour intervenir dans les cas de mauvais traitement.
- Leur mandat ne comprend pas spécifiquement le mauvais traitement des personnes âgées.
- Leur financement est insuffisant pour leur permettre d'offrir des services.
- Il y a un manque de services d'orientation appropriés.
- Il y a une absence de coordination.

Ces mêmes thèmes sont apparus lors des visites sur les lieux (section 3.0) et au cours de l'analyse des résultats du sondage (sections 4.4 à 4.8). Les organismes ressentent le besoin d'une approche mieux définie au mauvais traitement des personnes âgées en Ontario qui comprendrait la formation du personnel, des mandats précis et des ressources financières supplémentaires pour les services de base. De plus, un organisme devrait être chargé d'assurer la coordination des interventions. Enfin, plus de 60 % des organismes sondés avouent le besoin d'une plus grande sensibilisation de la population, puisque la dénégation des victimes est perçue comme étant un obstacle important aux interventions.

Le chapitre 5 examine les modèles d'intervention utilisés à l'heure actuelle par d'autres gouvernements au Canada et aux États-Unis.

5.0 INITIATIVES DES AUTRES GOUVERNEMENTS

Ce chapitre passe en revue les modèles d'intervention des autres gouvernements au Canada et aux États-Unis. Cet examen avait pour but de déterminer les modèles qui pourraient servir ou non en Ontario. Il permettait également de fournir un contexte pour comparer l'état actuel des politiques ontariennes avec celles des autres gouvernements.

Des contacts préliminaires ont été établis à partir d'études canadiennes et américaines, d'entrevues avec des représentants de tous les gouvernements provinciaux du Canada, et des entrevues avec des représentants de plusieurs associations nationales américaines de personnes âgées à Washington, D.C. Une technique «boule-de-neige» a servi à trouver des interlocuteurs supplémentaires. Le document *A Comprehensive Analysis of State Policy and Practice Related to Elder Abuse*, préparé par la American Public Welfare Association et la National Association of State Units on Aging (1986), s'est avéré particulièrement utile pour comprendre la façon américaine d'aborder le phénomène du mauvais traitement des personnes âgées. Des renseignements sur les méthodes américaines ont également été obtenus lors d'une visite sur les lieux à San Francisco.

5.1 Résumé des conclusions

Les méthodes utilisées par les différents gouvernements pour lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées varient énormément. Au Canada, on commence tout juste à s'intéresser à cette question. La plupart des gouvernements canadiens n'ont fait que préparer des documents de sensibilisation de la population. Certaines provinces, dont l'Alberta, le Manitoba et le Québec, ont produit des rapports de recherche sur les objectifs proposant des stratégies d'intervention possibles. Seuls la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve ont mis en application des politiques provinciales, qui sont axées surtout sur des questions d'incapacité mentale. Le mauvais traitement des personnes âgées est une question secondaire.

Aux États-Unis, le mauvais traitement des personnes âgées intéresse les gouvernements depuis au moins 1975. La plupart des gouvernements américains ont adopté des lois et mis en place des services d'intervention en la matière. Trois modèles d'intervention ont été élaborés :

- les services de protection des adultes;
- les équipes interdisciplinaires; et
- l'approche écosystémique.

Ces modèles seront exposés au cours de ce chapitre. Compte tenu de l'énorme différence dans les expériences des différents gouvernements, les exemples américains seront examinés plus en profondeur que les modèles canadiens.

Ce chapitre comporte trois grandes sections :

- les lois et l'obligation de dénoncer;
- les modèles de programmes et de services; et
- les stratégies de sensibilisation et de prévention.

5.2 Les lois et l'obligation de dénoncer

Le système juridique est utilisé de trois façons pour lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées. La première est d'utiliser les lois actuelles pour arrêter et punir les maltraiteurs. La deuxième est d'adopter des lois spéciales qui portent exclusivement sur le mauvais traitement des personnes âgées. Enfin, la troisième façon est d'utiliser des lois de tutelle ou d'incapacité mentale pour lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées incompétentes. Les défenseurs de la première méthode maintiennent que les lois actuelles sont adéquates pour lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées. Les types de mauvais traitements dont il est question dans ce rapport (violence physique ou psychologie, exploitation financière et négligence) sont tous gouvernés au Canada par des lois fédérales ou provinciales, dont

- le Code criminel du Canada;
- la Charte des droits et libertés;
- la *common law*;
- la Loi sur la santé mentale; et
- la Loi sur l'incapacité mentale.

La plupart des provinces ont également des lois familiales ou de tutelle qui peuvent servir à lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées. Aux États-Unis, des lois fédérales et étatiques servent aux mêmes fins.

Les problèmes que posent le recours exclusif aux lois actuelles pour lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées sont :

- Les lois criminelles peuvent être inefficaces dans les cas de violence physique ou psychologique parce que les victimes peuvent se sentir intimidées ou refuser de porter plainte.

- Le Code criminel ne fournit pas de réponse adéquate aux cas de négligence nécessitant une intervention d'urgence.
- le Code criminel (1970) protège contre le vol et la fraude, mais uniquement de façon réactive.
- Les procurations sont facilement exploitées (Hornick *et al.*, 1988).

Afin de permettre des interventions juridiques autres que celle prévues par les lois civiles et criminelles, la plupart des gouvernements aux États-Unis et quatre au Canada ont adopté des lois de tutelle qui accordent de vastes pouvoirs d'enquête et d'intervention aux autorités locales. Ces lois peuvent imposer ou non l'obligation de dénoncer des cas aux autorités compétentes.

L'obligation de dénoncer est motivée par la conviction que beaucoup de personnes âgées maltraitées ne demanderont pas d'aide et que les personnes qui sont en position de les aider n'auront pas tendance à signaler volontairement les mauvais traitements par respect du droit à la vie privée de la victime. La plupart des lois imposant cette obligation s'inspirent des programmes de protection des enfants.

Au Canada, seules la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve ont imposé l'obligation de dénoncer les cas de personnes âgées maltraitées. Cette obligation vise non seulement les intervenants mais toute personne qui est au courant d'un adulte qui a besoin de protection. Une personne en possession de tels renseignements doit en aviser un fonctionnaire supérieur désigné. L'amende maximale imposable à une personne qui ne signale pas un tel cas est de 1 000 $ et un an de prison en Nouvelle-Écosse et 200 $ et deux mois de prison en Terre-Neuve. Dernièrement, l'Île-du-Prince-Édouard a mandaté la dénonciation volontaire, sans toutefois imposer de sanctions.

La majorité des états américains ont incorporé la dénonciation obligatoire à leurs lois de protection des adultes. En 1975, la Loi 20 de la Social Security Act a mis en place et financé des programmes de services des protection pour tous les adultes âgés de 18 ans et plus. *«Cette méthode de protéger les adultes se caractérise par des pouvoirs extraordinaires d'enquête et d'intervention ainsi que par la dénonciation obligatoire. Les stratégies d'intervention associées à ces programes peuvent comprendre le pouvoir de retirer une personne, la mise en tutelle et la prestation de services obligatoires.»* (Hornick, *et al.*, 1988)

Dans la foulée de la Loi 20, divers états ont adopté leurs propres lois. Celles-ci varient légèrement d'un état à l'autre. À l'heure actuelle, le signalement obligatoire de cas de personnes âgées maltraitées a été imposé dans 42 états ainsi que dans les Virgin Islands et le Guam. Huit états, soit le New York, la Pennsylvanie, le Wisconsin, le Dakota du Nord, le Colorado, le New Jersey et l'Illinois, s'en remettent à la

dénonciation volontaire.

En général, cette obligation veut dire que certains intervenants auprès des personnes âgées, comme la police, les services de santé et de santé mentale, etc., sont doivent signaler les cas de personnes âgées maltraitées aux autorités compétentes (les services de protection des adultes). Certains états ont imposé cette obligation à tous leurs citoyens, et non seulement aux intervenants. Dix-sept états prévoient des sanctions pour les personnes qui ne signalent pas de tels cas, allant de 25 $ à 1 000 $ et des peines de prison maximales de six mois. Toutefois, ces dispositions n'ont jamais été vérifiées auprès des tribunaux.

La dénonciation obligatoire des cas de personnes âgées maltraitées aux États-Unis doit normalement avoir lieu lorsqu'il existe des motifs raisonnables et probables de croire qu'une personne est victime de mauvais traitements. Les lois encouragent les dénonciateurs en leur accordant une immunité contre les poursuites civiles ou criminelles au cas où l'allégation est réfutée. La personne n'a pas droit à l'immunité s'il s'agit d'un acte de malveillance.

L'empressement des administrations des états américains d'imposer cette obligation s'est fait sans que l'on fasse d'études sur l'efficacité de cette mesure. Par la suite, des recherches ont démontré que l'obligation de dénoncer n'était pas un moyen efficace de lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées (Hornick et al., 1988). En effet, des études ont démontré que la vaste majorité des dénonciations de personnes âgées maltraitées se faisaient sur une base volontaire par ces citoyens intéressés plutôt que par des intervenants mandatés par une loi (Katz, 1980). D'autres études ont constaté que la plupart des cas signalés étaient déjà connus des autorités (Block et Sinnott, 1979).

D'autres critiques de cette obligation s'en prennent à l'ingérence de ces lois et de leur violation du droit à la vie privée. S'inspirant de la législation de protection des enfants, ces lois oublient que les personnes âgées maltraitées sont des adultes et non des enfants. Elles sont fondamentalement âgistes puisqu'elles supposent que les aînés sont incapables de prendre leurs propres décisions.

L'ingérence des lois est aggravée si le système des services de protection est incapable d'offrir des services de soutien adéquat. Malheureusement, c'est le cas dans de nombreux états américains et plusieurs provinces canadiennes.

Ces études suggèrent que l'Ontario ne devrait pas s'empresser à imposer l'obligation de dénoncer en tant que solution au problème du mauvais traitement des personnes âgées. À première vue, cette mesure peut donner l'impression d'être un moyen efficace de lutter contre ce problème. Mais en réalité, le nombre de cas signalés n'augmente pas et on ne met pas nécessairement en place des services appropriés pour les victimes âgées.

5.3 Modèles de programmes et de services

Il existe trois modèles de base qui ont servi à lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées au Canada et aux États-Unis. La première méthode, qui est également la plus courante, se compose des services de protection des adultes, mis sur pied à la suite de l'adoption de lois de protection des adultes. Cette méthode a été évoquée à la section 5.1. Le deuxième modèle d'intervention suppose le recours à une équipe interdisciplinaire. Il s'agit de concerter les services socio-sanitaires que reçoit la personne maltraitée. Cette méthode est également connue comme la gestion de cas ou la défense des intérêts. Enfin, le troisième modèle est la méthode écosystémique. Elle se distingue de la méthode précédente dans la mesure où l'intervention vise la famille au complet et non seulement la personne maltraitée.

5.3.1 Services de protection des adultes

Les services de protection des adultes ont été mis sur pied dans le but de protéger les adultes qui sont incapables de se protéger eux-mêmes. Quarante-trois états américains et quatre provinces canadiennes ont adopté des lois de protection des adultes. La plupart de ces gouvernements ont mis sur pied des services de protection des adultes pour appliquer ces lois.

5.3.1.1 Modèles canadiens

Au Canada, les quatre provinces qui ont adopté des lois de protection des adultes sont la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve et l'Île-du-Prince-Édouard. À l'exception de cette dernière, toutes les provinces maritimes ont également mis en place des services de protection des adultes pour mettre en application ces lois, qui s'inspirent des lois de protection des enfants. L'article 2 de la loi de la Nouvelle-Écosse précise son intention :

> *L'objectif de cette loi est de protéger des mauvais traitements et de la négligence les adultes incapables de se soigner ou de se suffire adéquatement en leur donnant accès à des services qui amélioreront leur capacité de se soigner et de se suffire ou qui les protégeront des mauvais traitements ou de la négligence.*

Terre-Neuve fut la première province à adopter des lois de protection des adultes en 1973. Elle fut suivie par le Nouveau-Brunswick en 1980, la Nouvelle-Écosse en 1985 et l'Île-du-Prince-Édouard en 1988. Les lois de ces quatre provinces prévoient

de vastes pouvoirs semblables d'enquête et d'intervention. Un adulte est défini comme toute personne âgée de 16 ans ou plus. Si l'on prend l'exemple de la Nouvelle-Écosse, un ministre peut ordonner qu'un individu soit examiné par un médecin ou accepte des services qu'il ne désire peut-être pas. Le ministre a également le pouvoir de placer l'individu dans un «lieu sûr» comme un établissement. Un tribunal peut ordonner le retrait de toute personne qui menace un adulte protégé habitant avec lui.

Les programmes de services de protection de ces provinces prévoient un personnel pour coordonner les enquêtes, les interventions et la prestation de services de soutien. Aucune étude n'a été publiée sur l'efficacité de ces modèles.

En Ontario, si une personne présente un danger à sa propre santé ou si elle est incapable de suffire à ses propres besoins, une intervention peut être faite en vertu de la Loi sur la santé mentale.

5.3.1.2 Modèles américains de protection des adultes

De nombreux états ont mis sur pied leurs propres programmes de services de protection des adultes inspirées des lois de protection des enfants. En règle générale, ces programmes dépendent des services sociaux assurés par des organismes privés ou publics qui reçoivent des subventions en vertu de la Loi 20. Par conséquent, la nature et l'organisation des services de protection peut varier énormément d'un état à l'autre, en fonction des lois créant ces programmes ainsi que des services locaux disponibles.

Ces lois de protection des adultes comprennent les mêmes vastes pouvoirs que l'on trouve dans les lois canadiennes. En général, les programmes de services de protection des adultes comportent un certain nombre d'intervenants qui doivent se concerter dans des cas de mauvais traitement des personnes âgées. Un travailleur du service de protection des adultes est chargé de coordonner les organismes intervenants.

Au cours de la prochaine section, les services de protection de l'état de Floride serviront d'exemple d'un programme américain de services de protection des adultes. Ce service est semblable aux autres programmes de même nature, sauf qu'il comporte un bureau d'enregistrement central des cas auquel sont reliés par réseau informatique les intervenants locaux. La majorité des autres états n'ont pas de bureau d'enregistrement central comportant le même degré de perfectionnement technique.

Le système des services de protection à Tallahasee, Floride

En Floride, les sections 101 à 113 du chapitre 415 de la *Adult Protective Services Act*, prévoit la mise en place d'un programme pour dépister les cas de mauvais traitements, de négligence et d'exploitation de personnes de plus de 18 ans

grâce à l'obligation de dénoncer et pour intervenir dans ces cas. Ce programme est administré par un ministère de l'état, le Department of Health and Rehabilitation Services, chaque région ayant du personnel sur place.

Un système de dépistage des cas de mauvais traitement à l'échelle de l'état a été mis sur pied pour alimenter un bureau central d'enregistrement situé à Tallahasee. Le signalement des cas se fait à l'aide de numéros sans frais.

Le bureau central entre immédiatement en communication avec le travailleur local des services de protection de la région d'où émane le rapport. Ce dernier a alors aussitôt accès à tous les renseignements du cas y compris ses antécédents par l'entremise de son ordinateur. La plupart des autres programmes de protection des adultes avec un bureau central d'enregistrement n'offrent pas d'accès informatisé à ces renseignements. Les travailleurs locaux doivent attendre plusieurs jours avant de recevoir les renseignements en provenance du bureau central.

Le rôle du travailleur local est d'enquêter sur les cas signalés de mauvais traitement de personnes âgées ou handicapées et de fournir ou de prévoir des services pour assurer la sécurité et le bien-être de la victime.

Ce système comporte trois principaux volets :

- une **enquête sur place** de tous les cas signalés de mauvais traitement, de négligence ou d'exploitation;
- une **évaluation du risque immédiat** auquel est exposée la personne âgée ou l'adulte handicapé et la prestation des services d'urgence nécessaires;
- **l'évaluation du besoin et la prestation de services de protection permanents.**

Enquête

Au cours de cette étape, le travailleur du service de protection des adultes rassemble les renseignements pertinents afin de constituer un dossier. Il s'agit de l'information suivante :

- vérifier qu'il s'agit d'une personne âgée ou d'un adulte handicapé conformément à la définition de la loi;
- rassembler des données essentielles sur la victime comme l'âge, le sexe, la race, la composition de la famille, le nom des autres personnes dans le domicile, le nom des personnes qui assurent des soins à la personne âgée; et

- déterminer s'il y a des indices qu'une personne âgée ou handicapée subit des mauvais traitements, est négligée ou exploitée.

Les travailleurs disposent de 30 jours pour compléter leur enquête.

Évaluation du risque immédiat

On remplit un formulaire d'évaluation du risque sur la prétendue victime dans les cinq jours qui suivent le signalement initial ainsi que toutes les fois que la situation de la victime change. Il s'agit d'une évaluation de facteurs précis comme l'âge du client, sa santé physique et mentale, ses capacités fonctionnelles, ses conditions de vie et de nombreux autres facteurs.

Une intervention précoce peut avoir lieu avant la fin de l'enquête si le travailleur du service de protection établit le bien-fondé du cas et juge qu'il faut immédiatement intervenir

- pour protéger la victime; et
- parce que la personne âgée a consenti à recevoir des services ou un tribunal a ordonné les services en vertu des mesures d'urgence de la loi.

Les services offerts au cours de l'intervention précoce peuvent comprendre des services communautaires ou à domicile; la supervision protectrice des adultes; et d'autres programmes pour les adultes ou les personnes âgées, comme des services de soutien ou de placement.

Évaluation du besoin de supervision et prestation de services

Le système en vigueur en Floride définit la supervision protectrice comme «*un contact fréquent et régulier avec une personne âgée ou un adulte handicapé qui a été victime de mauvais traitements confirmés ou suspects afin d'éviter de nouveaux mauvais traitements*». Les services précis qui peuvent être offerts dans le cadre de ce programme sont les mêmes que ceux disponibles dans le cadre d'autres programmes pour adultes ou personnes âgées : la gestion de cas, le counselling, le transport, l'accompagnement, la sensibilisation et la protection de la population, l'obtention de ressources financières, la prestation de services à domicile ou le placement en établissement, des services médicaux et juridiques, etc.

5.3.1.3 Évaluation des services de protection des adultes

Ce système d'intervention dans les cas de mauvais traitement des personnes âgées a été très critiqué. Les facteurs suivants expliquent une partie de l'insatisfaction que l'on ressent envers le système des services de protection des adultes :

- Comme le programme s'inspire du programme de protection des enfants, il ne respecte pas le droit à l'autonomie d'une personne âgée.
- Le programme est fondé sur le signalement obligatoire des cas suspects dont l'utilité est douteuse.
- Enfin, certains gouvernements n'ont pas mis en place les plans d'intervention et les services nécessaires.

Il est inévitable qu'un programme pour les personnes âgées, inspiré des lois de protection des enfants, traitent les victimes âgées comme s'il s'agissait d'enfants maltraités. (Autrement dit, les droits des personnes âgées sont bafoués.) En général, les lois imposant l'obligation de dénoncer proclament que les droits de l'individu doivent être protégés. Toutefois, ce principe est en conflit avec la responsabilité imposée aux intervenants qui doivent signaler les cas et voir à l'application des services de protection des personnes âgées maltraitées. Par exemple, si une personne âgée décide que la situation abusive est préférable à l'alternative qui lui est proposée (comme le placement dans un établissement de soins de longue durée), il n'est pas certain que sa volonté sera respectée. Les mauvais traitements pourront être signalés et traités conformément à la marche à suivre, sans que les désirs de la personne âgée entrent en ligne de compte.

Comme il a été indiqué précédemment, des recherches suggèrent que les lois imposant le signalement obligatoire ne sont peut-être pas une méthode efficace de s'occuper des cas de mauvais traitement des personnes âgées.

De plus, les services de protection des adultes ne fonctionnent pas toujours bien parce que dans certaines régions, il n'y a pas suffisamment de services pour assurer une intervention adéquate aux cas confirmés de mauvais traitement. Enfin, certaines régions ont constaté que *«compte tenu de l'ambiguïté des lois et de l'absence de plans d'intervention dans certaines compétences territoriales, les travailleurs des services de protection des adultes ont de la difficulté à déterminer ce qui constitue des mauvais traitements»* (Hornick *et al.*, 1988). S'il n'y a pas de services adéquats en place pour venir en aide aux victimes âgées de mauvais traitement, les programmes de services de protection des adultes ne peuvent pas répondre efficacement aux cas de mauvais

traitements qui leur sont signalés.

5.3.2 Équipes interdisciplinaires

Une équipe interdisciplinaire, comparable à la concertation que l'on retrouve dans les programmes de services de protection des adultes, rassemble divers intervenants et autres personnes qui sont en contact avec des cas de personnes âgées maltraitées et qui doivent coopérer afin de remédier aux problèmes de ces cas.

L'approche interdisciplinaire diffère des services de protection des adultes dans la mesure où les équipes n'ont pas les pouvoirs d'enquête et d'intervention compris dans les lois de protection des adultes. Cette approche repose davantage sur la coordination de la gestion de cas et des services de soutien ainsi que des efforts de défense des droits.

Il y a peu d'exemples pratiques de ces modèles au Canada et aux États-Unis. En Ontario, le Advocacy Centre for the Elderly en constitue une variation. Ce centre offre des conseils et des représentations d'ordre juridique aux victimes âgées de mauvais traitements en vertu des lois actuelles de la province. Il coopère avec les organismes socio-sanitaires afin d'assurer que les besoins de ses clients sont satisfaits. On trouvera une description plus détaillée de ce centre dans l'annexe E de ce rapport. Les comités sur le mauvais traitement des personnes âgées décrits au chapitre 3 de ce rapport sont en train de mettre au point des modèles de ce type de concertation.

À Winnipeg, Manitoba, le Aging Opportunity Centre vient de lancer un centre de ressources pour les personnes âgées. Il s'agit d'un projet-pilote de trois ans qui tentera de coordonner les divers services actuellement offerts aux personnes âgées dans le cadre d'interventions dans des cas de mauvais traitements. Il doit également déterminer s'il existe des lacunes dans la prestation de services.

Il existe très peu de modèles américains d'équipes interdisciplinaires. Toutefois, le San Francisco Consortium for Elder Abuse Prevention a mis au point des programmes-types qui sont reconnus partout aux États-Unis.

Cette équipe comprend des personnes qui ont un rôle essentiel à jouer dans le règlement du cas, soit un avocat, une infirmière de soins gérontologiques, un sergent de police, un gestionnaire de cas, un spécialiste de santé mentale et des représentants du Geriatric Information and Referral Program du Department of Public Health et de la Adult Protection Unit du Department of Social Service.

La coordination des services entre les agences se fait par l'entremise d'un programme de services de consultation et d'évaluation des cas. L'objectif de ce programme est de permettre aux intervenants partout dans la communauté, peu importe leur formation ou leurs fonctions professionnelles, de pouvoir s'occuper des cas qu'ils dépistent. En communiquant avec l'agence de coordination pour des fins de

consultation, n'importe quel intervenant met à sa disposition les ressources de tout le réseau d'intervention. Le coordonnateur du programme peut lui suggérer des pistes à suivre ou l'orienter vers un autre organisme membre du programme pour une consultation spécialisée.

L'équipe passe en revue les cas qui se prêtent le plus à une évaluation collective. Les cas sont présentés par le coordonnateur du programme ou l'intervenant en contact avec le client. Dans les deux cas, l'équipe élabore un programme de traitement et le coordonnateur fait le suivi pour assurer l'équipe que le cas a été réglé.

En plus d'élaborer des programmes de traitement globaux pour des victimes individuelles de mauvais traitement, les services de consultation et d'évaluation des cas servent à examiner le réseau complet de services aux personnes âgées, à dépister les défaillances du système et les lacunes des services. Les problèmes qui sont ainsi signalés peuvent alors être rectifiés par des efforts de coordination et de défense des droits.

Ce programme a élaboré diverses initiatives pour intervenir dans des cas de mauvais traitement des personnes âgées, dont

- un service d'évaluation d'urgence et
- une ligne téléphonique de 24 heures pour signaler les cas de mauvais traitements.

Ces services ont été mis sur pied à la suite de l'absence de ressources communautaires pour desservir les victimes âgées de mauvais traitement.

5.3.3 Approche écosystémique

L'approche écosystémique diffère dans son approche aux situations de mauvais traitement des personnes âgées dans la mesure où elle s'intéresse à l'état de la famille au complet. Les théoriciens de cette approche ne font que commencer à élaborer des stratégies applicables aux cas de personnes âgées maltraitées. Il s'agit d'une approche que l'on retrouve davantage dans les services aux enfants.

Cette méthode n'a pas été mise en application dans beaucoup de collectivités. À Calgary, Alberta, le Kerby Centre propose une équipe interdisciplinaire et une méthode d'intervention écosystémique dans un centre de services multiples pour personnes âgées. Le centre offre la gamme complète de services sociaux, récréatifs et éducatifs. Son personnel comprend trois travailleurs sociaux à plein temps et un à temps partiel qui font du counselling, qui, dans certains cas, porte sur les mauvais traitements. Le travailleur social interprète les cas de mauvais traitement qu'il rencontre dans une perspective familiale, traitant le problème comme une

manifestation de violence familiale. On estime que les tentatives de remédier à la situation d'une personne âgée doit comprendre la famille au complet puisque le fait qu'une personne âgée soit maltraitée peut fort bien s'avérer un symptôme du dysfonctionnement de la famille. L'objectif de ce centre est d'offrir diverses possibilités de solutions aux victimes et de les aider à faire les changements appropriés.

En 1986, ce centre a commencé à compiler les problèmes de violence familiale. Au cours de sa première année, il constata qu'un tiers des nouveaux-venus (59 sur 178) provenaient de situations de violence familiale.

Le centre Kerby croit que cette méthode est efficace à cause de son caractère anonyme. Une personne âgée peut aller au centre pour des activités sociales, rencontrer un travailleur social et lui avouer qu'elle est victime de mauvais traitement. Elle évite ainsi de s'exposer à des reproches pour avoir sollicité des conseils à ce sujet.

Il y a très peu d'exemples de cette méthode d'intervention aux États-Unis. À Frankfort, au Kentucky, un modèle est en train d'être mis au point par divers ministères (Social Services, Family Services Training et Program Development Branch).

Exemple du Kentucky

Dans cet exemple, la prestation des services sociaux vise d'abord les familles et non les particuliers. On utilise les services pour renforcer et maintenir les familles afin d'éviter l'effritement de la famille et les placements en établissement. *«Les ressources du Service cherchent à aider les familles à retrouver ou à maintenir leur autonomie tout en assurant la protection des individus.»* (Department of Social Services du Kentucky, 1989).

Cette méthode d'intervention écosystémique **est en voie de développement.** Les services de protection des adultes du Kentucky s'occupent présentement des cas de mauvais traitement des personnes âgées, mais ils désirent intégrer les services à vocation familiale à leur méthodes d'intervention.

Ce modèle permettra à un travailleur des services de protection des adultes d'intervenir auprès de tous les membres de la famille d'une personne âgée dans le but de mettre fin à la situation abusive. Il s'agit d'une méthode qui concentre les énergies et les forces de toutes les personnes impliquées dans un cas. Le travailleur identifie les forces (les capacités) de la victime, du maltraiteur et des autres membres de la famille et élabore un programme de traitement et de services qui renforcent ces capacités.

De plus, ce modèle permettra au travailleur de faire du counselling du maltraiteur pour qu'il reconnaisse son comportement maltraiteur et accepte d'y mettre fin.

Le manque de ressources humaines a retardé la mise en application de ce modèle. En effet, le personnel existant n'a pas le temps de faire le travail personnalisé nécessaire à une intervention avec toutes les personnes de la famille ni pour conseiller les maltraiteurs. Une bonne partie du temps des travailleurs des services de protection des adultes est consacrée à enquêter sur les cas de mauvais traitements qui leur sont signalés.

5.4 Initiatives de sensibilisation et de prévention[3]

Les initiatives de sensibilisation de la population et de prévention sont perçues comme des éléments essentiels d'une approche globale au mauvais traitement des personnes âgées. Le personnel du Elder Abuse Project, parrainé par la American Public Welfare Association et la National Association of State Units on Aging (1986), a suggéré que les obligations de dénoncer les cas de mauvais traitement devraient être accompagnés de subventions pour la sensibilisation de la population. «*Les professionnels des services sociaux et du vieillissement sont d'accord que de tels programmes sont essentiels si l'on veut promouvoir une meilleure compréhension du phénomène des mauvais traitements des personnes âgées et si l'on veut encourager les victimes à demander de l'aide.*» (American Public Welfare Association *et al.*, 1986, p. 357).

La plupart des gouvernements aux États-Unis ont parrainé des initiatives de sensibilisation de la population, allant de la publication de simples dépliants à des campagnes complètes faisant appel à tous les médias. Aucune étude recensée n'a fait état d'une évaluation de l'efficacité de ces initiatives à convaincre les gens à demander de l'aide ou à signaler des cas de mauvais traitement.

Comme il a été indiqué précédemment, la plupart des programmes canadiens sur le mauvais traitement des personnes âgées cherchent surtout à faire de la sensibilisation et de la prévention. Le Social Planning and Research Council de la Colombie-Britannique (S.P.A.R.C.), conjointement avec la Old Age Pensioners Organisation de cette province, a publié une brochure sur la question en décembre 1989 intitulée *Elder Abuse and Neglect - A Guide to Intervention* à l'intention des intervenants qui peuvent être en contact avec des personnes âgées maltraitées. Elle décrit les différents types de mauvais traitements ainsi que leurs signes révélateurs, les stratégies d'intervention et les raisons pour lesquelles des personnes âgées sont maltraitées. Elle a été subventionnée par le Programme d'autonomie des aîné(e)s de Santé et Bien-être social Canada. Le S.P.A.R.C. compte utiliser ce document comme

---

[3] On trouvera des exemples des initiatives ontariennes aux sections 3 et 4 ainsi que dans les annexes.

agent catalyseur pour augmenter la sensibilisation de la population et des milieux professionnels au mauvais traitement des personnes âgées en Colombie-Britannique.

Le S.P.A.R.C. a aussi organisé des ateliers dans cinq régions qui ont réuni des intervenants auprès des personnes âgées. Ils cherchaient à sensibiliser les chefs d'opinion des diverses collectivités afin de mettre sur pied des comités sur le mauvais traitement des personnes âgées.

En Alberta, le Office for the Prevention of Family Violence du Family and Social Services Ministry a publié un livret sur la question en 1989. En 1986, le Provincial Senior Citizens' Advisory Council avait formulé diverses recommandations au gouvernement albertain au sujet du mauvais traitement des personnes âgées. Par la suite, le Senior Citizen's Secretariat avait mis sur pied un comité spécial qui avait préparé le livret intitulé *Elder Abuse and Neglect*, comportant des définitions du mauvais traitement des personnes âgées, les causes possibles, comment dépister les cas, les méthodes d'intervention et les ressources communautaires.

Pour sa part, la Manitoba Society of Seniors (M.S.O.S.) a publié le livret *The Hidden Scourge*. La M.S.O.S. est un organisme sans but lucratif dirigé par des personnes âgées, dont le premier rôle est la défense des droits des aînés. Le M.S.O.S. s'intéresse vivement à la question du mauvais traitement des personnes âgées et cherche à sensibiliser la population par l'entremise de conférences, par la diffusion de son livret et par la publication d'articles.

À l'Île-du-Prince-Édouard, l'Association des travailleurs sociaux a reçu une subvention du Programme d'autonomie des aîné(e)s pour préparer des documents pédagogiques sur cette question. Le projet, *Learning Today for a Better Tomorrow*, qui doit préparer des brochures et un vidéo, prend fin en avril 1991.

En plus d'initiatives de sensibilisation de la population, les gouvernements du Manitoba et du Québec ont préparé des documents de discussion pour encourager la participation du public à l'élaboration de politiques sur le mauvais traitement des personnes âgées.

En 1989, le gouvernement manitobain a organisé 23 audiences publiques pour recueillir les réactions aux recommandations d'un groupe de travail gouvernemental sur le mauvais traitement des personnes âgées. Voici les recommandations de principe :

1. **Signaler les mauvais traitements physiques lorsqu'ils se produisent.** Au cours d'un projet-pilote, l'hôpital Seven Oaks de Winnipeg a relevé tous les cas de personnes âgées se présentant à l'hôpital avec des blessures suspectes. Ses travailleurs sociaux ont assuré un suivi auprès de ces personnes. On recommanda que ce projet soit mis sur pied dans tous les hôpitaux de la province.
   Bureau d'enregistrement des personnes maltraitées. Des études par les gérontologues de la province et le Seniors' Directorate, ainsi que des consultations communautaires incluses dans un rapport du Manitoba Women's Initiative, ont tous demandé qu'un bureau central d'enregistrement des personnes âgées maltraitées soit mis sur pied.
2. **Offrir des possibilités de solutions et une protection contre l'exploitation financière.**
3. **Améliorer la capacité d'intervention**. Des postes seront créés au Family Disputes Unit du Department of Family Services pour assurer qu'il y a assez d'intervenants ayant une formation adéquate pour intervenir dans des cas de personnes âgées maltraitées.
4. **Assurer un soutien efficace aux personnes soignantes.**
5. **Offrir du counselling pour prévenir les malheurs**. Le Age and Opportunity Bureau recevra des fonds pour élaborer un programme de services de counselling des victimes et des agresseurs.
6. **Accroître le rôle de la communauté pour lutter contre l'isolement et l'invisibilité**. Il faut convaincre la population que le mauvais traitement des personnes âgées est un crime.

Au Québec, le rapport *Vieillir... en toute liberté*, préparé par le ministère des Affaires sociales, recommande qu'un organisme gouvernemental centralisé soit chargé de la lutte contre le mauvais traitement des personnes âgées. Il recommande :

- **des équipes interdisciplinaires**. À l'échelle locale,

il faut mettre sur pied et former une équipe interdisciplinaire consacrée aux interventions dans les cas de mauvais traitement des personnes âgées.

- **l'orientation aux services appropriés**. Les intervenants doivent être mis au courant de toutes les ressources qui peuvent servir dans un cas de mauvais traitement des personnes âgées.
- **un ligne téléphonique d'urgence**. Chaque région devrait avoir une ligne téléphonique d'urgence en service 24 heures par jour à l'intention des personnes âgées maltraitées, de la parenté et des soignants afin qu'ils puissent obtenir rapidement des renseignements et du secours.
- **des centres d'accueil temporaires**. Situées dans divers établissements selon l'étendue du problème dans une région, ces places seraient réservées aux personnes âgées maltraitées.
- **du soutien à domicile pour les personnes âgées**. Les travailleurs communautaires devraient collaborer avec la police pour minimiser la victimisation des personnes âgées.
- **du soutien aux soignants.** Un service devrait être mis sur pied pour offrir des congés aux personnes soignantes, puisque l'épuisement est un des principaux facteurs qui déclenchent les mauvais traitements.
- **la formation**. Il devrait y avoir des programmes de formation pratique pour le personnel pour le tenir au courant des innovations dans les soins aux personnes âgées, de la prévention des mauvais traitements et des interventions possibles, du dépistage des causes de mauvais traitement et de la prestation de services.
- **la recherche**. Afin de comprendre le phénomène du mauvais traitement des personnes âgées, il faut l'analyser dans le contexte global du vieillissement. Il faut continuer à approfondir cette question.

Tel qu'indiqué précédemment, les gouvernements canadiens ne font que

commencer à élaborer des réponses au phénomène du mauvais traitement des personnes âgées. La grande variété des initiatives décrites dans ce chapitre suggère que le mauvais traitement des personnes âgées intéresse de plus en plus la population et les milieux politiques.

BIBLIOGRAPHIE

American Public Welfare Association et National Association of State Units on Aging. *A Comprehensive Analysis of State Policy and Practice Related to Elder Abuse*, juillet 1986, Washington, D.C.

Block, M. R. et J.D. Sinnott. *The Battered Elder Syndrome: An Exploration Study*, University of Maryland Centre on Aging, 1979.

Chu, L. (coordonnateur de l'équipe de recherche) *Elder Abuse: The Hidden Epidemic — A Survey of Elder Abuse in Scarborough*. Janvier, 1989, Scarborough, Ont.

Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées. *Vieillir... en toute liberté*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre, 1989, Québec.

Conseil sur le vieillissement d'Ottawa-Carleton. *Violence et négligence envers les personnes âgées : Rapport d'une étude menée par le comité spécial sur la violence et la négligence envers les personnes âgées.* Février 1987, Ottawa.

Conseil sur le vieillissement d'Ottawa-Carleton. *Actes du colloque sur la violence envers la personne âgée.* Avril, 1988, Ottawa.

Conseil consultatif de l'Ontario sur l'âge d'or. *A Report on Elder Abuse*, soumis à Ron Van Horne, ministre délégué aux personnes âgées, janvier, 1986.

Conseil canadien sur le développement social. «Understanding the Dimensions of Elder Abuse», *Vis-à-Vis, un bulletin natinal sur la violence familiale*, vol. 6, n° 3, automne, 1988.

Douglass, R.L. *Domestic Mistreatment of the Elderly. A Report Prepared for the American Association of Retired Persons.* 1998, Washington, D.C.

Fram, S.V. *Final Report of the Advisory Committee on Substitute Decision-Making for Mentally Incapable Persons.* 1987, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

Gnaedinger, N. *Discussion Paper on Elder Abuse Prepared for "Working Together": 1989 National Forum on Family Violence.* Santé et Bien-être social Canada, mai 1989, Ottawa.

Hornick, J., L. McDonald, G. Robertson et J. Wallace. *A Review of the Social and Legal Issues Concerning Elder Abuse.* Préparé pour la Direction des services aux personnes âgées et l'Unité de recherche et d'évaluation des programmes du ministère des Services sociaux et communautaire de l'Ontario par le Canadian Research Institute for Law and the Family, octobre, 1988, Alberta.

Katz, K.D. «Elder Abuse», *Journal of Family Law*, p. 695-722, n° 18, 1980.

Lévesque, M.J. *Les personnes âgées maltraitées : élements de problématique et bibliographie sélective.* Août, 1987.

Lévesque, M.J. *Prévention, détection et protection des personnes âgées abusées : éléments pour une stratégie d'intervention.* Document de travail préparé pour le Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées, août, 1987.

Manson, A. *Advocacy in Psychiatric Hospitals — Evaluation of the Psychiatric Patien Advocate Office.* 1987, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario

Massé, H. *Rapport de consultation : Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées.* Juin,

1988.

Mastrocola, Morris, E. *Women Abuse: The Relationship Between Wife Assault & Elder Abuse.* Préparé pour la National Clearinghouse on Family Violence, sans date, Ottawa.

Minister Responsible for Senior Citizens. *Elder Abuse in Manitoba.* Document de discussion, juin, 1989. Winnipeg.

Ministère du Logement, Direction des services d'aide aux locataires. *Evaluation of the Special Priority Policy for Assaulted Women.* Juin, 1988, Toronto.

Ministère des Services sociaux et communautaire et ministère de la Santé. *Strategies for Change — A Comprehensive Reform of Ontario's Long Term Care Services.* Juin, 1990.

Moore, T. et V. Thompson. «Elder Abuse : A Review of Research, Programmes and Policy». *The Social Worker*, p. 55, 115-122, automne, 1987.

O'Sullivan, père Sean. *Vous n'êtes pas seul.* Examen des mesures d'intervention en faveur des adultes vulnérables, 1987, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

Ontario Association of Non-Profit Homes & Services to Seniors. *A Report on Elder Abuse.* Groupe de travail sur le mauvais traitement des personnes âgées, 1987, Toronto.

Pillemer, K. et D. Finkelhorn. «Causes of Elder Abuse: Caregiver Stress Versus Problem Relatives». *American Journal of Orthopsychiatric Association.* p. 179-187, avril, 1989.

Pillemer K. et R.S. Wolf (dir.). *Elder Abuse: Conflict in the Families.* 1986, Dover, MA.

Podnieks, E. «Elder Abuse: It's Time We Did Something». *The Canadian Nurse*, p. 36-39, décembre, 1985.

Podnieks, E., K. Pillemer, J.P. Nicholson, T. Shillington et A. Frizzel. *National Survey on Abuse of the Elderly in Canada, The Ryerson Study.* 1990, Toronto.

Schlesinger, B. et R. Schlesinger (dir.). *Abuse of the Elderly.* 1988, Toronto.

Solliciteur général du Canada. «Criminal Victimization of Elderly Canadians» *in Canadian Urban Victimization Survey*, bulletin n° 6, 1985, Ottawa.

State of California, Health and Welfare Agency, Department of Social Services. *Evaluation of Adult Protective Services and Elder/Dependent Adult Emergency Shelter Demonstration Projects: Report to the Legislature.* Décembre, 1988.

United States Department of Justice. *Criminal Justice for the Elderly.* Rapport préparé pour le National Institute of Law Enforcement and Criminal Justice, janvier, 1989, Washington, D.C.

Waterloo Regional Social Services Council. *Report on Elder Abuse.* Décembre, 1987, Waterloo, Ont.

Weisstub, D.L. *Mental Incompetency, Final Report.* 1980, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

Wisconsin Coalition Against Domestic Violence. *Special Projects Research Needs of Older Battered Women: A Newsletter.* Vol. 8, n° 2, décembre, 1989.

Documents de sensibilisation de la population

Alberta Senior Citizens Secretariat. *Elder Abuse & Neglect.* Edmonton, Alberta, 1988.

Chown, M.E. *Elder Abuse: The Hidden Scourge.* Manitoba Society of Seniors, Winnipeg, Manitoba, 1989.

Great Lakes Intertribal Council, Inc. *Effective Public Awareness Efforts in Tribal Communities.* Lac du Flambeau, Wisconcin, sans date.

Nerenberg, L. et M. Barry. *Community Outreach Booklet : Developing a Public Awareness Campaign.* San Fransisco Consortium for Prevention of Elder Abuse, San Francisco, Mount Zion Medical Centre, avril, 1986.

Social Planning and Research Council of B.C. et B.C. Old Age Pensioners Organization. *Elder Abuse and Neglect — A Guide to Intervention.* 1989, Vancouver, C.-B.

Propositions

Hansen, L. *Proposal for the Leeds, Grenville and Lanark Elder Abuse Project.* Préparé par le Public Health Nursing Department, Leeds, Grenville and Lanark District Health Unit, novembre, 1989, Brockville, Ontario.

Manuels

Advocacy Centre for the Elderly. *Elder Abuse — The Hidden Crime : A Manual Prepared for the Ontario Police College.* Juin, 1988, Toronto.

Conseil sur le vieillissement d'Ottawa-Carleton. *Enhancing Awareness of Elder Abuse : Three Educational Models.* Mars, 1988, Ottawa.

Division of Family Services, Kentucky Department for Social Services. *Staff Development Plan.* Novembre, 1989.

Division of Family Services, Kentucky Department for Social Services. *Family Based Preventative Services Curriculum Guide : A Manual.* sans date.

Florida Department of Health and Rehabilitative Services. *Adult Protective Services Investigation Decisions Handbook, 140-12.* Juillet, 1988, Tallahassee, Floride.

Florida Department of Health and Rehabilitative Services. *Adult Protective Services Investigation Decisions Handbook, 140-1.* Juillet, 1988, Tallahassee, Floride.

Hansen, L. *An Educational Package for Health Care Professionnals Caring for Family Caregivers of the Elderly : A Community and an Institutional Approach.* Leeds, Grenville and Lanark District Health Unit, Public Health Nursing Departments, décembre, 1989, Brockville, Ont.

Illinois Department of Aging. *Elder Abuse and Neglect Program : Standards and Procedures Manual.* Janvier, 1989, Springfield, Illinois.

Kentucky Deparment for Social Services. *Family Based Preventative Services Training*. Sans date.

Kentucky Department for Social Services. *Chapter 209 : Protection of Adults*. Sans date.

Lutheran Social Services of Wisconsin and Upper Michigan. *A Multi-Disciplinary Team Model for Elder Abuse*. Octobre, 1987, Wisconsin.

Morris, R. *Ending Violence in Families : A Training Program for Pastoral Care Workers*. Préparé pour les Ecumenical Family Ministries, Église Unie du Canada, 1988.

Rothburd, C. *Senior Advocacy Volunteer Program : Replication Manual*. New Ventures of Wisconsin, Inc., sans date, Madison, Wisconsin.

Service de santé publique de la ville de Toronto. *Guide on Health Assessment of the Elderly Person*. 1987, Toronto.

ANNEXE A

COMITÉ CONSULTATIF

ANNEXE A

COMITÉ CONSULTATIF

Judith Wahl
Advocacy Centre for the Elderly

Juanita Bay
Direction générale de la condition féminine de l'Ontario

Doris Guyatt
Division de santé et de services de soutien communautaires
Ministères de Services sociaux et communautaire et de la Santé

Linda Perlis
Division de santé et de services de soutien communautaires
Ministères de Services sociaux et communautaire et de la Santé

Catherine Luke
Ministère des Affaires civiques
Office des personnes âgées

Bob Youtz
Ministère des Affaires civiques
Office des personnes âgées

Catherine Dowdall
Ministère des Affaires civiques
Office des personnes âgées

Dorothy Singer
Ministère des Affaires civiques
Office des personnes âgées

ANNEXE B

EXPERTS-CONSEILS

ANNEXE B

EXPERTS-CONSEILS

Judith Wall
Advocacy Centre for the Elderly

Juanita Bay
Direction générale de la condition féminine de l'Ontario

Chris McGoey
Ministère du Procureur général

Luna Ramkhalawansing
Ministère du Logement

Lorraine Cass
Ministère de la Santé

Bev Lever
Ministère de la Santé

Sunita Kapila
Ministère du Solliciteur général

Diana Abrahams
Ministère des Affaires civiques

Doris Guyatt
Division de santé et de services de soutien communautaires
Ministères de Services sociaux et communautaire et de la Santé

Gillian Platt
Ministère de la Consommation et du Commerce

Mary Tate
Conseil consultatif de l'Ontario sur l'âge d'or

ANNEXE C

AUTRES GOUVERNEMENTS

ANNEXE C

AUTRES GOUVERNEMENTS

Colombie-Britannique

Attorney General : Wendy Harvey, (604) 660-1126.

Gerontology Research Centre : Simon Fraser University, Burnaby. Elizabeth Bristowe, auteure de *Family Mediated Abuse of Non-Institutionalized Elderly in Men and Women Living in B.C.*, 1987, (604) 291-3555.

Ministry of Health : Continuing Care, Quality Assurance Section, Judy Murakami, (604) 387-2859.

Ministry of Health : Dr John Gray, Mental Health Services (604) 387-3806.

Ministry of Solicitor General : Linda Light, (604) 660-2604.

Ministry of Social Services and Housing : Deboray Nisen, (604) 387-7945.

New Horizons : Heather Fraser, (604) 666-7071.

Social Planning and Research Council (Old Age Pensioners) : Gillian Taylor, experte-conseil, (604) 434-1331, poste 222 (documents pédagogiques sur le mauvais traitement des personnes âgées).

University of British Columbia : Barbara Lindsay, directrice, Law and Aging Project, (604) 228-4798.

Victoria Mayor's Task Force on Family Violence : Aylene Hamilton (604) 380-1955.

Victoria Mayor's Task Force on Family Violence : Cora Nash, présidente, sous-comité sur le mauvais traitement des personnes âgées, (604) 477-8744.

Alberta

Alberta Social Services & Community Health, Office for the Prevention of Family Violence : Gerri Kilgannon (403) 427-7599.

Calgary Police Services : Jack Whelpley, Victim Assistance Unit (403) 268-2093.

Department of Health : Diane Spellette, infirmière-conseil, (403) 453-5072.

Edmonton Family Violence Treatment, Education and Research Centre : Ruth Pinkney, (403) 439-4635.

Kerby House : Annette McKulla, Social Work Department Head, (403) 265-0661.

Senior Citizens Secretariat : Wanda Cree, (403) 427-6437.

Solicitor General : Wayne Wilson, (403) 427-3457.

Saskatchewan

Transition House (Regina) : Pat Kavanaugh, directrice (306) 757-2096.

University of Regina, Seniors Education Centre, (306) 779-4816.

Manitoba

Age & Opportunity, un comité représentant 30 organismes communautaires examinant les interventions possibles en matière de mauvais traitement des personnes âgées. Prépare à l'heure actuelle un modèle pour un projet pilot de centre de ressources sur le mauvais traitement des personnes âgées à Winnipeg (intervention d'urgence, renseignements, orientation, accueil, évaluation, gestion de cas et méthodes d'intervention), Maria Wasylkewycs, conseillère, (204) 947-1276.

Attorney General : Marcia Thomson, (204) 945-7800.

Department of Community Services : Janet Wikstrom, Family Dipute Service (204) 945-7245.

Manitoba Health : Ruby Tretriak (204) 642-5173.

Manitoba Society of Seniors : Carol Robertson, directrice générale, (204) 942-3147)

Seniors' Directorate : Kathy Yarkowski, directrice générale, (204) 945-2127.

Nouveau-Brunswick

Department of Health & Community Service : Gerard Doucet (506) 453-2181, Joan Fenetly (506) 453-2040.

Public Prosecutions : Mary Beaton, (506) 453-2784.

Solicitor General : Brenda Thomas, (506) 453-7142.

Université de Moncton : Donald Poirier, professeur de droit, (506) 858-4564.

Terre-Neuve

Department of Social Services : Gordon Dunne (709) 576-6996.

Memorial University : Anne Guigne (709) 737-8000.

Nouvelle-Écosse

Camp Hill Centre for Health Care of the Elderly, Halifax : Roy Fox (902) 423-1371.

Canadian Pensioners Concerned Inc./Elder Abuse Committee : Margaret Gibson, (902) 455-7684.

Department of Community Services : Jane Philips, (902) 424-4454; Nancy Cochrane, (902) 424-7615

Victoria General Hospital, Halifax : Paul Girard, directeur du service de travail social, (902) 428-2110.

Île-du-Prince-Édouard

Department of Health & Social Services : Sandra Bentley, directrice des soins à domicile.

Department of Justice : Jill Wright, Justice Ressource Service, (902) 368-4583.

Prince Edward Island Association of Social Workers : *Learning Today for a Better Tomorrow,* Judy Whitaker, directrice du projet, (902) 368-1723.

Québec

Centre d'accueil Vaudreuil : Lise Bélanger, administratrice (514) 455-6176.

McGill Centre for Studies on Aging : Daphne Nahmiash, experte-conseil en services sociaux (514) 849-0552 (domicile).

Projet Changement : Francine Thomas (514) 521-5145.

Ontario

Clark Institute of Psychiatry : Rena Postoff, présidente, comité de recherche (416) 979-2221, poste 2209.

Conseil sur vieillissement d'Ottawa-Carleton : Claudette Légaré, (613) 232-3577.

Lai Chu, coordonnatrice de recherche, *A Survey of Elder Abuse in Scarborough*, (416) 497-6337.

Conseil consultatif national sur le troisième âge : Susan Fletcher, (613)957-1968.

Police provinciale de l'Ontario : Ted Rowe, inspecteur, Direction des enquêtes criminelles (416) 965-8105.

Rideau Valley District Health Unit : Wanda McDonald, directrice générale adjointe (613) 283-6980; Joan Lowe, infirmière de santé publique, sensibilisation à la mauvais traitement des personnes âgées (613) 267-4114.

Comité d'action sur le mauvais traitement des personnes âgées de la Communauté urbaine de Toronto : Margaret Reid, présidente (416) 486-0061; Richard Moore, coprésident (416) 922-3126.

Infirmières de l'Ordre de Victoria, projet de promotion de la santé, Lanark, Brockville-Leeds et Grenville : Sandy Grey, directrice, projet de promotion de la santé auprès des personnes âgées, (613) 283-2520.

Infirmières de l'Ordre de Victoria, section de Quinte : June Rickard, directrice générale (613) 392-4181.

Hôpital général de York-Finch : Ken Mair, travailleur social (a visité les programmes américains) (416) 747-3843.

Sources américaines

Administration on Aging (gouvernement fédéral) : D[r] Harry Posman, (202) 245-0011.

Aging and Adult Service Program, Tallahassee, Floride : Chris Shoemaker, directeur, Adult Protection Services (904) 488-2650.

American Association of Retired Persons : Lee Pearson, directeur adjoint, Criminal Justice Services (202) 872-4700.

Department of Health and Human Services : Carolyn Thornhill, (202) 245-0044.

Susan Tomita, auteure/experte-conseil en matière de mauvais traitement des personnes âgées, (206) 223-3000.

Elder Abuse Training & Resource Centre, New York : Risa Breckman (718) 832-1510.

Frankfurt, Kentucky (approche écosystémique) : Richard Newman (502) 564-7043.

Harvard Medical School, Division on Aging : Dr Terry Fulmer (67) 732-1463.

Massachusetts-University Centre on Aging, University of Massachusetts Medical Centre : Rosalie Wolf (508) 856-3084.

National Aging Resource Centre on Elder Abuse : Toshio Tatara, directeur, (202) 682-2470.

National Association of State Units on Aging : Theresa Lambert, directrice du développement; Sara Aravanis, associée au programme (202) 785-0707.

New York City Health and Hospital Corporation : Suzanne Halpin, Dr Hila Richardson (212 566-1910; Jane Barker (212) 577-7700, poste 249 (montre aux professionnels de la santé comment dépister et intervenir en situation de mauvais traitement de personnes âgées).

Protective Services for Adults, King County Washington : Wilma Harris Johnson (206) 721-4298.

Ritter Department of Geriatrics, Mount Sinai Medical Centre : Linda Weiss (212) 241-4279 et Pam Ansell (212) 241-4682.

San Fransico Consortium on Elder Abuse : Mary Joy Qwin (415) 554-5114; Aleas Nerenberg (415) 885-7850 ou (415) 554-5114.

Senior Advocacy Project, Madison Wisconsin : Carrie Rothburd, Program Coordinator, (608) 249-6670.

State of California Health & Welfare Agency : Robert Barton, directeur, Adult Services, Sacramento (916) 322-6320.

Susan Steinmetz, Indiana University, auteure de *Duty Bound : Elder Abuse & Family Care*, (317) 274-5555.

Texas Department of Human Services : Judy Rouse, directrice, Adult Protection Services, Austin (512) 450-3211.

Wisconsin Bureau on Aging : June Raymond, (608) 266-2568.

ANEXE D

ORGANISMES AYANT DES PLANS D'INTERVENTION EN SITUATION DE MAUVAIS TRAITEMENT DE PERSONNES ÂGÉES

ANNEXE D

ORGANISMES AYANT DES PLANS D'INTERVENTION EN SITUATION DE MAUVAIS TRAITEMENT DE PERSONNES ÂGÉES

Politiques/plans d'intervention en situation de mauvais traitement de personnes âgées

Hôpital Memorial de Cambridge : *Elder Abuse: A Protocol for Identification and Management.*

Hôpital Centenary de Scarborough : *Elder Abuse Policy.*

Community Occupational Therapy Associates de Toronto : *Policy Procedure for Elder Abuse.*

Circonscription sanitaire de l'est de l'Ontario, bureau de Cornwall : *Protocol for Suspected Elder Abuse.*

Grey Bruce Community Mental Health Counselling, Markdale : *Procedures Manual: Intervention and Assessment Protocols.*

Hôpital Great War Memorial de la région de Perth, Perth : *Emergency Room Protocol for Elder Abuse.*

Hôpital Hôtel Dieu, Kingston : *Elder Abuse Philosophy, Goals, Objectives.*

Centre d'accueil Marshall Gowland, foyer pour personnes âgées, Sarnia : *Policy and Procedure.*

Meals On Wheels, Peterborough : *Guide for Assessment Committee*, (politique pour signaler les cas problèmes).

Hôpital Metropolitan General, Windsor : *Patient Abuse Policy.*

Northern Ontario Community Support Services, North Bay : *Elder Abuse — Guidelines for Professional Assessment and Reporting.* (Un manuel à l'intention du personnel qui administre les services est actuellement en préparation. Il s'inspire d'un document du Elder Abuse Task Force du comté de Santa Clara, en Californie, en fonction des besoins de la communauté locale.)

Northwestern Regional Centre, Thunder Bay : *Procedure for the Investigation of Resident Abuse and Suspected Resident Abuse.*

Hôpital Queensway Carleton, Nepean : *Emergency Unit Manual (plan d'intervention).*

Task Force on Family Violence, Northumberland County : *Elder Abuse Protocol: Procedures for a Co-ordinated Response to Elderly Abuse in Northumberland County.*

Infirmières de l'Ordre de Victoria : *Manuel canadien des soins de santé* (politique s'appliquant à tous les bureaux de l'I.O.V. du Canada).

Mandats des comités sur le mauvais traitement des personnes âgées et des groupes de travail

Programme de soins à domicile de Haldimand-Norfolk, Simcoe : Équipe d'évaluation des cas de mauvais traitement des personnes âgées (servant de ressource pour les programmes de soins à domicile dans les cas démontrés ou suspects de mauvais traitement).

Service de santé publique de Hamilton-Wentworth : Soins infirmiers de santé public, programme pour personnes âgées, *Elder Abuse Committee Terms of Reference.*

Circonscription sanitaire de la région de Leeds, Grenville et Lanark, Brockville : *Elder Abuse Advisory Committee - Terms of Reference.*

Formulaire d'évaluation des cas de mauvais traitement des personnes âgées

Humbervale Day Centre, Weston : *Elder Abuse Assessment Instrument* (sert de façon informelle à évaluer les cas suspects de mauvais traitement).

Services de soutien aux personnes âgées, municipalité régionale de York, Newmarket : *Staircase Model: A Tool for Assessment and Case Management Planning with Elder Abuse Victims*, (mis au point par Risa Breckman, directrice du projet sur le mauvais traitement des personnes âgées, Agence de services aux victimes, 1983).

Hôpital général York Finch, Toronto : *Elder Abuse Assessment Form.*

ANNEXE E

EXEMPLES D'INITIATIVES EN MATIÈRE DE MAUVAIS TRAITEMENT DES PERSONNES ÂGÉES

ANNEXE E

EXEMPLES D'INITIATIVES EN MATIÈRE DE MAUVAIS TRAITEMENT DES PERSONNES ÂGÉES

Initiatives spéciales en Ontario

On trouvera ci-dessous une description de quelques-uns des organismes qui ont mis sur pied des programmes spéciaux en matière de mauvais traitement des personnes âgées.

Advocacy Centre for the Elderly (ACE)

Cette clinique de Toronto est unique au Canada. Il s'agit d'une clinique d'aide juridique spécialisée dans les services aux personnes de 60 ans et plus à revenus modestes. Voici quelques-unes de ses activités :

- des rencontres avec des victimes de mauvais traitement pour les conseiller sur leurs droits et les renseigner sur les services communautaires, le logement et de tout autre question qui peut les intéresser;
- l'élaboration d'un manuel de formation pour le Collège de police de l'Ontario. Ce manuel contient des renseignements sur les différents types de mauvais traitements et les lois pertinentes. Il comprend des portraits-types des victimes et des maltraiteurs, ainsi que les lois pertinentes qui ne font pas partie du Code criminel (par exemple, la Loi sur les procurations et la Loi sur la protection et la promotion de la Santé); et
- la sensibilisation des autres cliniques ontariennes d'aide juridique quant aux services qu'elles peuvent offrir aux personnes âgées.

Abuse of Elderly Awareness Project

Le Bernard Betel Centre for Creative Living de Toronto est un centre communautaire pour les personnes âgées. En mars 1988, ce centre a reçu une subvention du programme Nouveaux Horizons de Santé et Bien-être social Canada pour embaucher un coordonnateur pour un comité de sensibilisation. Plus de 25 bénévoles travaillent à comité afin de sensibiliser la population au mauvais traitement des personnes âgées. Son objectif est de rassembler des études, d'étudier ce phénomène et d'organiser des conférences dans des écoles secondaires et des collèges communautaires ainsi qu'auprès de groupes religieux et de groupes de personnes âgées.

Committee on Abuse and Neglect of the Elderly (C.A.N.E.)

Mis sur pied à London, Ontario, en 1985, ce comité se compose de 12 à 14 intervenants et intéressés qui se préoccupent du mauvais traitement des personnes âgées. Il offre des services de consultation et de soutien aux intervenants et aux organismes qui s'intéressent à la sécurité et au bien-être des aînés.

Le comité se rencontre pour discuter des cas à titre confidentiel avant d'élaborer une déclaration et/ou des recommandations à l'organisme intervenant auprès de la victime.

Le comité a préparé une trousse intitulée *Elder Abuse — It's Time We Do Something About It*, que l'on peut se procurer auprès du comité moyennant une somme modique.

Comité sur le mauvais traitement des personnes âgées de Grey Bruce

Ce comité situé à Owen Sound a été mis sur pied en 1985 afin de sensibiliser les intervenants, la communauté et le personnel en contact immédiat avec les personnes âgées. En plus de la défense des droits, il a assuré la diffusion de renseignements et l'orientation de personnes, des consultations et la coordination de certains cas de personnes âgées maltraitées. Dans le but d'adopter une approche écosystémique, ce comité envisage la possibilité de s'élargir pour répondre aux besoins des femmes, des enfants et des personnes âgées victimes de mauvais traitements. L'*approche écosystémique* au mauvais traitement des personnes âgées est une façon innovatrice d'aborder ce problème.

Comité d'action sur le mauvais traitement des personnes âgées de la Communauté urbaine de Toronto

L'objectif de ce comité est d'assurer la concertation des mesures d'intervention en réponse aux besoins des personnes âgées maltraitées et négligées habitant dans la Communauté urbaine de Toronto. Ses principaux objectifs sont :

- la sensibilisation de la population;
- la recherche et l'information;
- la planification des services (offrir un réseau de soutien aux personnes qui dispensent des services aux personnes âgées); et
- l'élaboration de politiques et de lois.

Comité du Maire de Toronto sur le vieillissement

Ce comité avise le conseil municipal de Toronto sur les questions d'intérêt aux personnes âgées et diffuse des renseignements auprès de la population. Il comprend divers sous-comités auxquels siègent des employés municipaux et des bénévoles. Le sous-comité sur les crimes et le mauvais traitement s'intéresse à la question du mauvais traitement des personnes âgées depuis 1984. Il a parrainé des ateliers et des conférences en plus de publier le dépliant *Chez soi, source de souffrances*, disponible en cinq langues.

La circonscription sanitaire de la région de Leeds, Grenville et Lanark a parrainé un projet sur le mauvais traitement des personnes âgées. Une infirmière fut chargée de sensibiliser la population à cette question.

Les **infirmières de l'Ordre de Victoria** et les **unités de santé publique** ont élaboré des politiques et des marches à suivre provinciales pour leur personnel intervenant en situation de mauvais traitement des personnes âgées.

Le **Conseil sur le vieillissement d'Ottawa-Carleton** a reçu le mandat en 1986 de sensibiliser davantage la population et les intervenants aux besoins des personnes âgées et des lacunes de services. Le Conseil a entrepris un projet bilingue pour élaborer des initiatives de sensibilisation à l'intention de trois groupes : les personnes âgées, les intervenants et les familles et la communauté.

L'objectif de ces initiatives étaient les suivants :

- sensibiliser à l'existence du mauvais traitement des personnes âgées;
- élaborer des documents et des outils pour présenter ces renseignements;
- recueillir et diffuser des recherches sur cette question; et
- encourager la communauté à contribuer à l'élaboration de mécanismes pour lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées.

ANNEXE F

ORGANISMES QUI PARTICIPENT À UN COMITÉ OU UN GROUPE DE TRAVAIL SUR LE MAUVAIS TRAITEMENT DES PERSONNES ÂGÉES

ANNEXE F

ORGANISMES QUI PARTICIPENT À UN COMITÉ OU UN GROUPE DE TRAVAIL SUR LE MAUVAIS TRAITEMENT DES PERSONNES ÂGÉES

Arnprior
Mme Judith Grace
Coordonnatrice générale
Arnprior Braeside and McNab
Senior Citizens' Home Support
Unit A1, 106, rue McGonigal ouest
Arnprior (Ontario) K7S 1M4

Belleville
M. Rick Bauer
Conseiller en crédit
B.P. 1544
Belleville (Ontario) K8N 5J2

Brantford
Dr Ian Cunninghma
Médecin hygiéniste
Circonscription sanitaire
du comté de Brant
194, rue Terrace Hill
Brantford (Ontario) N3R 1G7

Bowmanville
M. Roxy Barnes
Community Care - Town of Newcastle
80, rue King ouest
Bowmanville (Ontario) L1C 1R4

Campbellford
M. Richard Quesnel
Directeur général
Hôpital Memorial de Campbellford
B.P. 1027
Campbellford (Ontario) K0L 1L0

Chatham
M. Kenneth Brooks
Legal Assistance Kent
6, rue Harvey
Chatham (Ontario) N7M 5K1

H.C. Murray
Surintendant
O.P.P. Number 1 District Headquarters
B.P. 990
317, rue Queen
Chatham (Ontario) N7M 5L6

Mme Elaine Babcock
Directrice
Kent-Chatham Home Care
220, promenade Riverview
Chatham (Ontario) N7M 5K4

Cobourg
M. Roderich Potter
Directeur général
Cobourg District General Hospital
B.P. 340
Cobourg (Ontario) K9A 4K9

Cornwall
Mme Deborah Burne
Community Psychogeriatrics
132, rue Second est,
Cornwall (Ontario) K6H 1Y5

Mme Linda McDevitt
Coordonnatrice
Société Alzheimers de Cornwall et
environs
B.P. 1852
Cornwall (Ontario) K6H 6N6

Mme Jeanne Larmarch
Directrice des soins à domicile
Circoncription sanitaire de l'est de l'Ontario
1000, rue Pitt
Cornwall (Ontario) K6J 3S5

Mme Diane Dunoulin
Directrice des services à la population
Glengarry, Stormont, Dundas Lodge
B.P. 373
1900, chemin Montréal
Cornwall (Ontario) K6H 5T1

M. J.R. Haslehurst
Hôpital Hôtel-Dieu
840, avenue McConnell
Cornwall (Ontario) K6H 5S5

Geraldton
M. John Evans
Administrateur
Hôpital de la région de Geraldton
Geraldton (Ontario) P0T 1M0

Haliburton
Mme Annegreth Gerrard
YMCA Women's Safety Network
B.P. 766
Haliburton (Ontario) K0M 1S0

Hamilton
Dr A.I. Cunningham
Médecin hygiéniste
Circonscription sanitaire de la région Hamilton-Wentworth
B.P. 897,
25, rue Main
Hamilton (Ontario) L8N 3P6

M. A.J. Greve
Directeur général
Hôpital St-Joseph
50, avenue Charlton est
Hamilton (Ontario) L9N 4A6

Kenora
Mme Shirley Miles
Directrice
Soins à domicile du nord-ouest
21, rue Welsley
Kenora (Ontario) P9N 3W2

Lindsay
Mme M. Edwards
Directrice
Soins à domicile de la région de Haliburton, Kawartha, Pine Ridge
108, rue Angeline sud
Lindsay (Ontario) K9V 3L5

London
M. Robert Gough
Directeur général
Changing Ways
205, rue Horton, bureau 202
London (Ontario) N6B 1K7

Dr J.D. Pudden
Médecin hygiéniste
Circonscription sanitaire de Middlesex
London
50, rue King
London (Ontario) N6A 5L7

Mme Rosemary Broemling
Coordonnatrice des services
Service de consultations à la famille
Service de police de London
B.P. 3415,
601, rue Dundas
London (Ontario) N6A 4K9

St-Thomas
M. J.R. Skafel
Directeur général
Hôpital général de St-Thomas-Elgin
B.P. 2007
St-Thomas (Ontario) N5P 3W2

M. Robert E. Cunningham
Administrateur
Hôpital psychiatrique de St-Thomas
B.P. 2004
St-Thomas (Ontario) N5P 3V9

Ottawa
Soeur Gisèle Vadeboncoeur
Directrice générale
Hôpital St-Vincent
60, rue Cambridge
Ottawa (Ontario) K1R 7A5

M. John Lupton
Directeur général
Hôpital Perley
43, avenue Aylmer
Ottawa (Ontario) K1S 4R5

Mme Martha Smith
Directrice des programmes
Services aux personnes âgées
Centre de ressources communautaires du sud-est d'Ottawa
1480, rue Heron
Ottawa (Ontario) K1V 6A5

M. Peter Carruthers
Président
Hôpital Civic d'Ottawa
1053, avenue Carling
Ottawa (Ontario) K1Y 4E9

Mme Carol barrows
Directrice des soins à domicile
Conseil sur le vieillissement
256, avenue King Edward
Ottawa (Ontario) K1N 7M1

Mme Colette Proulx
Directrice
Clinique psychogériatrique
Hôpital général d'Ottawa
232, rue Cumberland
Ottawa (Ontario) K1N 6H7

Owen Sound
Mme Elizabeth Nicholson
Administratrice des soins à domicile
Soins à domicile de Grey-Bruce
301 - 920 avenue First ouest
Owen Sound (Ontario) N4K 4K5

M. Garth Pierce
Président
Circonscription sanitaire de Grey Bruce
1440, rue 8th, B.P. 1408
Owen Sound (Ontario) N4K 6M9

Markdale
M. D. McCorquodale
Administrateur
Hôpital général Centre Grey
B.P. 406
Markdale (Ontario) N0C 1H0

Kincardine
M. D.M. McCallum
Administrateur
Hôpital général de Kincardine et environs
B.P. 4000
Kincardine (Ontario) N2Z 2Z2

Sarnia
Mme Diane Steinman
Coordonnatrice des soutiens à domicile
Marshall Gowland Manor
1000, chemin London
Sarnia (Ontario) N7S 1N7

D[r] Lucy Duncan
Médecin hygiéniste
Circonscription sanitaire de Lambton
333, rue George
Sarnia (Ontario) N7T 4P5

M. F.N. Bagotto
Directeur général
Hôpital St-Joseph
298, rue North Russell
Sarnia (Ontario) N7T 6S3

Sault Ste-Marie
Mme Anna Hamilton
Administratrice
Soins à domicile de la région Algoma
301, rue Lake
Sault Ste-Marie (Ontario) P6A 4A6

Mme Kathy Morecki
Société Alzheimer
316, rue Wellington ouest
Sault Ste-Marie (Ontario) P6A 1H9

Sudbury
Mme Sheila Poirer
Directrice des soins infirmiers
Circonscriptions sanitaire de Sudbury et environs
1300, Paris Crescent
Sudbury (Ontario) P3E 3A3

Mme Nancy Mongeon
Home Sharing, région de Sudbury
B.P. 3700, suc. A
Sudbury (Ontario) P3E 5W5

M. R.J. Zanibbi
Chef de police
Service de police régionale de Sudbury
200, rue Larch
Sudbury (Ontario) P3E 1C7

Toronto
Dr Perry Kendall
Médecin hygiéniste
Circonscriptin sanitaire de Toronto
7e étage, tour est, Hôtel de ville
100, rue Queen ouest
Toronto (Ontario) M5H 2N2

M. George Coleman
Directeur général
Services communautaires de la Communauté urbaine de Toronto
14e étage, tour est, Hôtel de ville
Toronto (Ontario) M5H 2N1

Mme Margaret Reid
Présidente
Comité d'action sur le mauvais traitement des personnes âgées de la Communauté urbaine de Toronto
Hôtel de ville
Toronto (Ontario) M5H 2N2

Ward Nine Senior Link
2550, avenue Danforth
Toronto (Ontario) M4C 1L2